

**ZUR BEDEUTUNG DER ALLGEMEINEN
ANAMNESE IN DER
PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSTIK**

Hansjörg Ebell

1978

DISSERTATIONS- UND FOTODRUCK FRANK oHG
8 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2 8 0 9 0 9 0

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. med. H. Hippus

ZUR BEDEUTUNG DER ALLGEMEINEN ANAMNESE

IN DER PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSTIK

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Hansjörg Ebell

aus

Bad Marienberg

1978



Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität München

Berichterstatter:	Dr. M. v. Cranach
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	3. Oktober 1978

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1.	Einleitung	1
2.	Geographische Lage	2
2.1.	Ortslage, Ortsgrenzen, Ortseingänge	2
2.2.	Geographische Beschreibung	3
2.3.	Flächeninhalt	4
2.4.	Bevölkerungszahl	4
3.	Verwaltung	5
4.	Wirtschaft	6
4.1.	Landwirtschaft	6
4.1.1.	Meinem alten Landarzt	18
4.1.2.	und seiner Gattin	20
4.2.	Industrie	21
4.2.1.	von ihrem Sohn	21
4.3.	Handel	22
4.4.	Verkehr	23
4.4.1.	Strassen	23
4.4.2.	Straßenbahn	24
4.4.3.	Straßenbahn	25
4.4.4.	Straßenbahn	26
4.4.5.	Straßenbahn	27
4.4.6.	Straßenbahn	28
4.4.7.	Straßenbahn	29
4.4.8.	Straßenbahn	30
4.4.9.	Straßenbahn	31
4.4.10.	Straßenbahn	32
4.4.11.	Straßenbahn	33
4.4.12.	Straßenbahn	34
4.4.13.	Straßenbahn	35
4.4.14.	Straßenbahn	36
4.4.15.	Straßenbahn	37
4.4.16.	Straßenbahn	38
4.4.17.	Straßenbahn	39
4.4.18.	Straßenbahn	40
4.4.19.	Straßenbahn	41
4.4.20.	Straßenbahn	42
4.4.21.	Straßenbahn	43
4.4.22.	Straßenbahn	44
4.4.23.	Straßenbahn	45
4.4.24.	Straßenbahn	46
4.4.25.	Straßenbahn	47
4.4.26.	Straßenbahn	48
4.4.27.	Straßenbahn	49
4.4.28.	Straßenbahn	50
4.4.29.	Straßenbahn	51
4.4.30.	Straßenbahn	52
4.4.31.	Straßenbahn	53
4.4.32.	Straßenbahn	54
4.4.33.	Straßenbahn	55
4.4.34.	Straßenbahn	56
4.4.35.	Straßenbahn	57
4.4.36.	Straßenbahn	58
4.4.37.	Straßenbahn	59
4.4.38.	Straßenbahn	60
4.4.39.	Straßenbahn	61
4.4.40.	Straßenbahn	62
4.4.41.	Straßenbahn	63
4.4.42.	Straßenbahn	64
4.4.43.	Straßenbahn	65
4.4.44.	Straßenbahn	66
4.4.45.	Straßenbahn	67
4.4.46.	Straßenbahn	68
4.4.47.	Straßenbahn	69
4.4.48.	Straßenbahn	70
4.4.49.	Straßenbahn	71
4.4.50.	Straßenbahn	72
4.4.51.	Straßenbahn	73
4.4.52.	Straßenbahn	74
4.4.53.	Straßenbahn	75
4.4.54.	Straßenbahn	76
4.4.55.	Straßenbahn	77
4.4.56.	Straßenbahn	78
4.4.57.	Straßenbahn	79
4.4.58.	Straßenbahn	80
4.4.59.	Straßenbahn	81
4.4.60.	Straßenbahn	82
4.4.61.	Straßenbahn	83
4.4.62.	Straßenbahn	84
4.4.63.	Straßenbahn	85
4.4.64.	Straßenbahn	86
4.4.65.	Straßenbahn	87
4.4.66.	Straßenbahn	88
4.4.67.	Straßenbahn	89
4.4.68.	Straßenbahn	90
4.4.69.	Straßenbahn	91
4.4.70.	Straßenbahn	92
4.4.71.	Straßenbahn	93
4.4.72.	Straßenbahn	94
4.4.73.	Straßenbahn	95
4.4.74.	Straßenbahn	96
4.4.75.	Straßenbahn	97
4.4.76.	Straßenbahn	98
4.4.77.	Straßenbahn	99
4.4.78.	Straßenbahn	100



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	1
2. Vorgehensweise	
2.1. Untersuchte Patientenstichprobe	3
2.2. Diagnostische Zuordnung	3
2.3. Datenerhebung	4
2.4. Datenverarbeitung	4
3. Ergebnisse	6
4. Diskussion	
4.1.1. Zum Problem der Reliabilität diagnostischer Kategorien	18
4.1.2. Bemühungen um die Vereinheitlichung des nosologischen Systems	20
4.2. Die Problematik der Anamneseerhebung als retrospektive Schau in die Erinnerung des Patienten	21
4.3. Reliabilität und Validität der Anamnese	23
4.4. Diskussion der einzelnen Ergebnisse im Hinblick auf die Literatur	
4.4.1. Vergleichbarkeit der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung	25
4.4.2. Patienten Klientel des Bezirkskrankenhauses Haar im Vergleich zu anderen Nerven- krankenhäusern	25
4.4.3. Vergleichbare Einzelaussagen zur Häufig- keit bestimmter anamnestischer Angaben	
4.4.3.1. Familienkonstellation	26
4.4.3.2. Zivilstand	27
4.4.3.3. Ersterkrankungsalter	28
4.4.3.4. Belastung vor Aufnahme	29
4.4.3.5. Belastende Kindheit	30
4.4.3.6. Aufnahmemodus	30
5. Tabellen	33
6. Zusammenfassung	45
7. Literaturverzeichnis	

1. EINLEITUNG

Führen Beschwerden einen Patienten zum Arzt, so erhebt dieser die Vorgeschichte, um sich ein Bild über die geklagte Symptomatik und über deren Bedeutung und Entwicklung machen zu können. Dabei stützt er sich vorwiegend auf die subjektiven Angaben des Patienten - die 'Anamnese'.

Rechnet man bei den Angaben des Patienten zu 'körperlichen' Beschwerden in vielen Fällen mit der Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung (z.B. Unfallgeschehen - Fraktur), so ergibt sich auch dort in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Bewertung einer bestimmten Symptomatik (z.B. Kopfschmerzen, Husten u.ä.). In ungleich höherem Maße stellt sich dieses Problem in der Psychiatrie. Je intensiver sich der Arzt mit der Erinnerung (griech.: 'anamnesis') des Patienten befaßt, desto komplexer werden die - im Erleben des Patienten widerspiegelten - Informationen.

Das Schema des Untersuchungsganges bei Erstkonsultation ist in allen medizinischen Disziplinen annähernd gleich. Es wird natürlich eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Bestandteile (ausgehend von den jetzigen Beschwerden, Fragen nach früheren Erkrankungen, etc. bis zur körperlichen Untersuchung) vorgenommen. Alle Lehrbücher - von der Chirurgie über die Innere Medizin bis zur Psychiatrie - fordern bei der schulmäßigen Anamneseerhebung auch Fragen zu den allgemeinen Daten wie 'Familiäre Verhältnisse', 'Zivilstand', 'Arbeitsplatz', etc. und messen diesen Angaben neben den Fragen nach der Entwicklung der aktuellen Symptomatik, die den Patienten zum Arzt führte, große Bedeutung bei.

Kann der Zusammenhang zwischen solchen 'äußeren' Bedingungen für die diagnostische Zuordnung und die Wahl einer bestimmten Therapie direkt richtungweisend sein (z. B. bei Arzneimittelallergien, Silikose u.a.), so ist er in anderen Fällen Gegenstand langjähriger unentschiedener wissenschaftlicher Diskussionen (z.B. Migräne, Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie u.ä.).

Für den Psychiater sind das Verhalten des Patienten sowie die vom Patienten selbst geschilderte Entwicklung der psychopathologischen Symptomatik Hauptwegweiser dafür, wo er das Beobachtete und Geschilderte einordnen will. Das Erfragen der Informationen zur 'allgemeinen Anamnese' beansprucht bei diesem ersten Zusammentreffen zwischen Psychiater und Patient einen Großteil der Zeit,

die für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht, geht aber nicht ersichtlich in den 'Diagnosefindungsprozeß' ein.

Einerseits wird also die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Erhebung der Daten zur 'allgemeinen' Anamnese immer wieder betont, auf der anderen Seite gilt aber - gerade auch für die Psychiatrie - daß ihre Bedeutung für die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen wenig untersucht worden ist. Neben dieser Problematik (s. 4. Diskussion) muß leider festgestellt werden, daß die ungeheuer wichtigen Daten zur regionalen Verteilung, zur familiären und beruflichen Situation, zur Altersstruktur, zur Hospitalisierungsrate, etc. der psychiatrischen Klientel - für Millionen Krankengeschichten erfragt - vielleicht noch Eingang in die eine oder andere Statistik der Krankenhausträger o.ä. finden, selten aber Gegenstand systematischer Sammlung, Auswertung und Erforschung (z.B. Fallregister u.a.) sind. Dabei wären sie für die notwendigen Entscheidungen zur Planung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung von ungeheurer Bedeutung. Ihre Wichtigkeit für die Erforschung der höchst kontroversen wissenschaftlichen Streitfragen inwiefern sich von der Problematik, die sich im 'pathologischen' Verhalten eines Patienten widerspiegelt, auf ihre soziale (Mit-)Bedingtheit rückschließen läßt, kann kaum überschätzt werden.

Systematisch beschäftigen sich nur ganz wenige Forschergruppen mit der Verwertung der allgemeinen Daten psychiatrischer Patienten. Sie verstehen ihre Arbeit - meist die Anwendung epidemiologischer Methoden - größtenteils als Unterstützung im Hinblick auf die Probleme der psychiatrischen Versorgung (insbesondere die Bedarfsplanung, die Vereinheitlichung diagnostischer Gepflogenheiten, etc.) z.B. die 'gemeindenähe Psychiatrie' in England, das Erstellen von Zentralregistern in Dänemark, Norwegen sowie einzelnen Staaten und Verwaltungsbezirken der USA, u.a.. Voraussetzung für diese Forschung waren vor allem Bemühungen um eine Vereinheitlichung der diagnostischen Kriterien, um korrekte Aussagen über Art und Vorkommen psychiatrischer Störungen machen und Vergleiche im internationalen Maßstab vornehmen zu können; zum anderen bedurfte es der vielfältigen Möglichkeiten der Anwendung der modernen Computertechnologie.

Auf dem Gebiet der epidemiologischen Forschung in der Psychiatrie haben sich vor allem die Arbeiten von COOPER und Mitarb. (1972) als wegweisend in Methode und Durchführung erwiesen. Auf der Grundlage der diagnostischen

Klassifikation des international anerkannten WHO - Schlüssels (ICD - International Classification of Disease) (1971) haben sie erstmals im großen Maßstab die diagnostischen Gepflogenheiten bei psychiatrischen Krankheiten untersucht (sog. 'United States (US) - United Kingdom (UK) - Studie'). Grundlage dafür war ein Stab eintrainierter Mitarbeiter mit hoher Übereinstimmung in der Beurteilung von Patienten, sowie eine standardisierte Erhebungstechnik mittels eines Befundbogens, dem 'PSE' (Present State Examination) und eines semistandardisierten Anamnesedokumentationsbogens. (KENDELL und Mitarb., 1968; WING und Mitarb., 1974)

Mit Hilfe des gleichen Instrumentariums untersuchten CRANACH und Mitarb.. (1977) in einer Arbeit im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 116 ('Psychiatrische Epidemiologie') der Deutschen Forschungsgemeinschaft die diagnostischen Gepflogenheiten bayerischer Psychiater am Bezirkskrankenhaus Haar bei München. Der Autor dieser Dissertation erhob im Rahmen dieser Studie persönlich die 'Allgemeine Anamnese' (die anamnestisch erfaßte Entwicklung der psychopathologischen Symptomatik geht in den 'PSE'-Bogen mit ein), um die darin enthaltenen Daten auf ihre Bedeutung für die diagnostische Zuordnung der Patienten zu untersuchen. Die Ergebnisse, d.h. die Auffälligkeiten in der Häufigkeit bestimmter anamnestischer Angaben in den in die Untersuchung aufgenommenen Diagnosegruppen, werden referiert (Punkt 3.), und die Problematik solch allgemeiner anamnestischer Angaben wird diskutiert (Punkt 4.).

2. VORGEHENSWEISE

2.1. UNTERSUCHTE PATIENTENSTICHPROBE

Von Mai bis Juli 1974 wurden 181 Patienten in die Untersuchung aufgenommen. Die Altersbegrenzung wurde auf 20 Jahre nach unten und 60 Jahre nach oben festgelegt. Es wurden die am gleichen Tag im Bezirkskrankenhaus Haar bei München aufgenommenen Patienten in der Reihenfolge ihrer Geburtsdaten (Monate) aufgelistet und so viele nacheinander untersucht wie am gleichen Tage möglich war. Die Auswahl wurde vom Untersucher, der mit dem 'PSE'-Bogen befaßt war, getroffen, so daß die Anamnesen nicht immer am gleichen Tag durchgeführt wurden. Mit den Ärzten des Krankenhauses Haar wurde keinerlei Informationsaustausch vorgenommen und die Patienten wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese Interviews Forschungszwecken dienten und nichts mit ihrer Therapie zu tun hätten, und daß sie natürlich das Recht hätten, ein Gespräch zu verweigern. Davon machten auch einige Gebrauch, so daß (mit wenigen, die keine Auskunft geben konnten wie z.B. Alkoholdelir u.ä.) nur 167 Patienten in die Auswertung aufgenommen wurden.

(Es erwies sich dabei als erhebliche - sehr verständliche - Schwierigkeit, daß die Patienten, die meist erst einen oder zwei Tage in der Klinik waren, nicht zum zweiten oder dritten Male 'alles' erzählen wollten, was sie schon dem behandelnden Stationsarzt und/oder dem Kollegen, der mit dem 'PSE-Bogen' befaßt war, berichtet hatten. In den allermeisten Fällen gelang es dem Untersucher dennoch, trotz dieser Schwierigkeiten, einen guten Kontakt mit den Patienten herzustellen.)

2.2. DIAGNOSTISCHE ZUORDNUNG

Die diagnostische Klassifikation erfolgte nach der 8. Fassung des internationalen WHO-Glossars (1971). Sie wurde in gemeinsamen Besprechungen aller Untersucher (PSE und Anamnesebogen) festgesetzt. Zur Vereinfachung wurden folgende Gruppierungen vorgenommen:

Alkoholismus

303.0 - 303.9
291.0 - 291.9

Schizophrenie (und paranoide Syndrome)	295.0 - 295.9 297.0 - 297.9
Depressive Neurosen	300.4
Persönlichkeitsstörungen	301.0 - 301.9
Sucht	304.0 - 304.9
Endogene Depression	296.0 ; 296.2 296.8 ; 296.9 298.0
Manie, Zylothymie	296.1 ; 296.3
Andere:	
Andere Neurosen	300.0 - 300.9 (ohne 300.4)
Organische Psychosen	292.0 - 292.9 293.0 - 294.9 309.0 - 309.9
Andere Diagnosen	307.0 ; 298.2 310.0 - 318.0

2.3. DATENERHEBUNG

Die allgemeine Anamnese wurde an Hand des semistandardisierten Dokumentationsbogens nach Cooper in freier Interviewtechnik erhoben. Die Vorgehensweise läßt sich am besten als 'Trichtermethode' beschreiben: auf die Startfrage "Warum wurden Sie hier aufgenommen?" (o.ä.) konnte der Untersucher in dem sich ergebenden Gespräch schnell auf die allgemeine Anamnese hinlenken und die im Dokumentationsbogen geforderten Informationen erfragen. Teilweise wurde sofort die Graduierung der Bögen benutzt, um die erhaltenen Daten festzuhalten, teils wurden freie Notizen gemacht, die auf die Graduierung der Dokumentationsbögen übertragen wurden.

2.4. DATENVERARBEITUNG

Die Daten der Projektanamnesebögen wurden auf die Befundbögen Nr. 1 "Allgemeine Anamnese" und Nr. 2 "Krankheitsanamnese" der 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP)' (1971) übertragen.

Die im zugehörigen Glossar angegebenen Definitionen wurden strikt eingehalten. Die Daten wurden anschließend von den AMP - Bögen auf Lochkarten übertragen, die gerechnet wurden. Die Übertragung wurde an Hand jedes 5. Patienten überprüft. Die nur ganz sporadisch aufgetretenen Codierfehler wurden korrigiert. Für die Auswertung der Daten wurde die Abfolge der AMP-Bögen geändert und der Übersichtlichkeit halber die Reihenfolge wie folgt festgesetzt:

I. Untersuchte Patientenstichprobe (3.1. - 3.2.)

- Diagnosegruppen
- Geschlechtsverteilung
- Altersgruppierung

II. Allgemeine Anamnese (3.3. - 3.14.)

- Aufnahme
- Familienstand und Haushalt
- Konfession
- Ausbildung
- Beschäftigung

III. Krankheitsanamnese (3.15. - 3.34.)

- Familiensituation in der Kindheit
- Frühere psychische Störungen
- Jetzige Erkrankung
- Aktuelle Krankheitsmanifestation

IV. Verschiedenes (3.35.)

3. ERGEBNISSE

3.1. UNTERSUCHTE PATIENTENSTICHPROBE

(Tabelle 1 ; Spalte 1,2)

Obwohl bei der zufällig ausgewählten Stichprobe Männer und Frauen etwa gleich häufig vertreten sind, ergibt sich eine unterschiedliche Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen. So überwiegen die Männer bei den Alkoholikern, den Persönlichkeitsstörungen und den Suchtkranken, während die Frauen bei der Schizophrenie, den depressiven Neurosen, den endogenen Depressionen und den Manien in der Mehrzahl sind.

3.2. LEBENSALTER

(Tabelle 1; Spalte 3 - 6)

Männer und Frauen sind in den Altersgruppen über 30 Jahren gleich verteilt. Nur in der Gruppe '20-29 Jahre' ergibt sich ein starkes Übergewicht der Männer. Dies geht auf das Konto der Suchtkranken, bei denen kein Patient 40 Jahre oder älter war und zwei Drittel zur Gruppe '20-29 Jahre' zählten.

3.3. DIE AUFNAHME WURDE VERANLASST DURCH ...

(Tabelle 1; Spalte 7 - 11)

(Doppelnennungen sind relativ häufig, so daß sich insgesamt mehr als 100% ergeben.)

3.3.1. ARZT

Nur 15% aller Patienten wurden von einem Arzt eingewiesen. Nur 6 Patienten (von 167) wurden von einem Facharzt für Psychiatrie zur stationären Aufnahme veranlaßt. Von den aufgenommenen Suchtkranken kam kein einziger über einen Arzt in die Klinik.

3.3.2. KLINIK

35 Patienten (= 21%) wurden von anderen Kliniken eingewiesen. Es handelte sich fast ausnahmslos um Patienten, die von der Münchner Universitätsklinik weiterverwiesen worden waren. Es fällt auf, daß ein Drittel von diesen Patienten in die Gruppe der depressiven Neurosen fällt.

3.3.3. BEHÖRDE

Bei 48 Patienten (= 29%) waren Behörden an der Einweisung zumindest mitbeteiligt, sei es, daß die Patienten auf richterliche Anordnung aufgenommen werden mußten, sei es, daß sie durch die Polizei nach Haar gebracht

worden waren. Auffallend ist hierbei der hohe Anteil an Männern gegenüber den Frauen.

3.3.4. FAMILIE

Hier fällt das Überwiegen der Frauen auf, während sich bei den einzelnen Diagnosegruppen nichts Besonderes verzeichnen läßt.

3.3.5. SELBST

Auffällig ist hier, daß ca. ein Drittel der Alkoholiker (14 von 41) die eigene stationäre Aufnahme befürworten. Bei den Manien hingegen ist es nur 1 Patient von 10.

3.4. EINWEISUNG UNTER EINEM RECHTSTITEL

(Tabelle 2; Spalte 1 - 3)

Die Hälfte der in die Stichprobe aufgenommenen Patienten wurde unter einem Rechtstitel (Pflegschaft, Entmündigung, Verwahrung, etc.) eingewiesen. Davon wurden 61 Patienten "verwahrt". Auffallend hoch ist der Anteil an Verwahrungen bei Schizophrenen, Persönlichkeitsstörungen und Manien. Setzt man dieses Merkmal in Beziehung zu dem Merkmal 'Aufnahme veranlaßt durch..' (3.3.) ergeben sich folgende interessanten Ergebnisse:

Es wurden verwahrt: 11 von den 35 Patienten, die über eine andere Klinik gekommen waren, 34 von 48 Patienten, die unter Beteiligung der Behörden eingewiesen worden waren sowie 4 von den 25 Patienten, die durch Ärzte stationär aufgenommen worden waren.

3.5. FAMILIENSTAND

(Tabelle 2; Spalte 4 - 8)

Die Geschlechterverteilung zeigt ein Überwiegen der Männer bei den 'Ledigen' und den 'Getrennt Lebenden', während bei den Frauen die Kategorien 'verheiratet' und 'geschieden' stärker besetzt sind. In der Kategorie 'ledig' ergeben sich folgende Auffälligkeiten:

ein hoher Anteil bei Schizophrenen, Persönlichkeitsstörungen und Sucht (bei letzteren muß allerdings das niedere Lebensalter in Rechnung gestellt werden). In der Gruppe der endogenen Depressionen ist kein Lediger zu verzeichnen. Des weiteren fallen auf: eine hohe Zahl von Verheirateten bei endogenen Depressionen und eine hohe Zahl von Geschiedenen bei den schizophrenen Patienten. Die Kreuztabelle mit dem Merkmal 'Lebensalter' (3.2.) zeigt erwartungsgemäß:

- a. ein Überwiegen der Ledigen in der Gruppe '20-29 Jahre', dann einen gleichbleibend niedrigen Anteil von 30-49 Jahren', um dann in der Gruppe '50-59 Jahre' abzunehmen.

- b. einen Anstieg der Verheirateten von der Gruppe '20 - 29 Jahre' zur Gruppe '30 - 39 Jahre'. Diese sind dann in der Gruppe '40 - 59 Jahre' wieder etwas geringer vertreten;
- c. einen Anstieg der Geschiedenen von wenigen in der Gruppe '20 - 29 Jahre' auf einen höheren Prozentsatz in der Altersgruppe '40 - 59'.

3.6. KINDER

(Tabelle 2; Spalte 9, 10)

87 Patienten gaben an, daß Kinder vorhanden seien. Dieser Prozentsatz von 52% scheint sehr hoch. In Anbetracht dessen, daß 73 Patienten 'ledig' eingestuft waren, ist dies rein rechnerisch möglich. (Bei drei Patienten lagen keine Angaben vor.) Die Verteilung der Zahlen steht auch im Einklang mit der Geschlechtsverteilung bei Punkt 3.5. 'Familienstand'. Das bedeutet, daß fast alle Patienten, die verheiratet waren oder sind, Kinder haben oder hatten.

3.7. ALTER BEI DER 1. HEIRAT

(Tabelle 3; Spalte 1 - 6)

Der größte Teil der Patienten heiratete zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Legt man die Gruppe '20 - 29 Jahre' zu Grunde, so kommt man auf ca. 41%. Im Alter von 10 bis 19 Jahren heirateten nur Frauen. Ansonsten ist die Geschlechterverteilung unauffällig. Von den Patienten mit depressiven Neurosen heirateten sehr viele (13 von 29) zwischen 20 und 25 Jahren. In der Gruppe der endogenen Depressionen waren alle bis zum 30. Lebensjahr verheiratet. Eine Kreuztabelle zur Kategorie 'Stellung in der Geschwisterreihe' (3.27.) ergab keine Auffälligkeiten.

3.8. ZAHL DER PERSONEN IM HAUSHALT

(Tabelle 3; Spalte 7 - 11)

Alleinlebende finden sich überwiegend bei Schizophrenen und Alkoholikern. Auffallend wenige sind es im Gegensatz dazu bei den depressiven Neurosen und den endogenen Depressionen, die einen entsprechend hohen Anteil an den Kategorien '3 und mehr Personen' zu verzeichnen haben. Bei der Gruppe der depressiven Neurosen sind kaum Patienten vertreten, die mit nur einer Person zusammenwohnen, sondern entweder mit 'zwei und mehr' zusammenleben oder allein leben. Die Kreuztabelle zur Kategorie 'Lebensalter' (3.2.) zeigt einen allmählichen Anstieg der Alleinstehenden von 22% in der Altersgruppe '20 - 29 Jahre' auf 50% in der Altersgruppe '50 - 59 Jahre' und einen auffallend

konstanten prozentualen Anteil von 20% durch alle Altersgruppen in der Kategorie '4 - 6 Personen'.

3.9. KONFESSION

(Tabelle 4; Spalte 1,2)

Der katholische Bevölkerungsanteil überwiegt unter den Patienten, wobei bei den Protestanten ein Männerüberschuß vorliegt. Die Relation von 'katholisch' zu 'protestantisch' ist in allen Diagnosegruppen bis auf die Persönlichkeitsstörungen gewahrt.

3.10. SCHULBILDUNG

(Tabelle 4; Spalte 3 - 6)

3.10.1. ART DER SCHULBILDUNG

Erwartungsgemäß liegt der Anteil der Volksschulabsolventen mehr als doppelt so hoch wie der der Patienten, die eine weiterführende Schule besucht haben. Die Geschlechterverteilung ist unauffällig, d.h. gleich. (Bei 12 Patienten lagen keine Angaben vor.) Auffällig ist, daß - wie bei 'Konfession' (3.9.) - in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen die Relationen verschoben sind. Ferner sind 5 Abiturienten und 4 Hilfsschüler zu verzeichnen.

3.10.2. SCHULABSCHLUSS

Bei 4 Patienten lag keine Angabe vor. Auf 167 bezogen haben 85% die Schule abgeschlossen, während 12,5% die Schule vorzeitig verließen. Die Kreuztabelle zu 'Art der Schulbildung' (3.10.1.) zeigt, daß nur 6 Patienten die Volksschule vorzeitig verlassen haben während die restlichen 15 aus der Gruppe der Besucher weiterführender Schulen stammen. (Die im 'AMP-Bogen' aufgeführte Kategorie 'in Ausbildung' war keinmal vertreten, was sich durch die nach unten bei 20 Jahren angesetzte Altersgrenze erklären läßt.)

3.11. BERUFSAUSBILDUNG

(Tabelle 4; Spalte 7 - 11)

3.11.1. ART DER BERUFSAUSBILDUNG

56% der Patienten haben eine Lehre absolviert, 20% haben keine Berufsausbildung und 12% haben eine Fachschule besucht. Die restlichen Angaben setzen sich wie folgt zusammen: 6 Angelernte, 8 Studenten bzw. Hochschulabsolventen, 6 Patienten, die in diesen Gruppen nicht eingeordnet werden konnten. Wie zu erwarten zeigt sich eine

Überrepräsentation von Frauen bei den Patienten ohne Berufsausbildung sowie eine entsprechende Unterrepräsentation bei den Patienten, die eine Lehre absolviert haben. Erstaunlich ist die hohe Anzahl der Frauen bei den Fachschulabsolventen. Betrachtet man die einzelnen Diagnosegruppen so ist auffällig: eine im Vergleich zur Gesamtpatientengruppe höhere Zahl von Patienten ohne Berufsausbildung bei den Schizophrenen (10 von 34) sowie von Patienten mit einer Lehre bei den Persönlichkeitsstörungen (8 von 12).

3.11.2. BERUFSAUSBILDUNGSABSCHLUSS

Hier fällt auf (bei einer allerdings hohen Zahl von Patienten ohne Angabe), daß in der Gruppe 'Sucht' der Anteil von Patienten mit abgebrochener Ausbildung mit 5 (bei einer Gesamtzahl von 13) relativ hoch ist und daß im Gegensatz dazu in der Gruppe 'Manie' 8 von 10 Patienten einen Berufsabschluß haben.

3.12. JETZIGE BERUFLICHE STELLUNG

(Tabelle 5; Spalte 1 - 5)

Auffallend ist eine sehr hohe Anzahl von Patienten, die nicht berufstätig sind (52 = 31%). Hier überwiegen die Frauen eindeutig gegenüber den Männern (31 gegenüber 21) wobei 18 von den 31 weiblichen Patienten Hausfrauen sind. Entsprechend höher ist der Anteil der Männer bei den 'unselbständig Beschäftigten'. Die restlichen Patienten verteilen sich wie folgt: 8 Selbständige (4 Frauen, 4 Männer), 4 unselbständige in gehobener Stellung (1 Frau, 3 Männer) sowie einem Patienten in leitender Stellung. 18 von den 64 Frauen, bei denen die jetzige berufliche Stellung bekannt ist, haben nebenher noch einen Haushalt zu versorgen. Der Anteil der Hausfrauen ist erwartungsgemäß hoch in den Diagnosegruppen mit hohem Frauenanteil. So sind jeweils 10 der 36 Hausfrauen in der Gruppe 'depressive Neurosen' und 'endogene Depression' zu verzeichnen, sowie 5 bei den Manien. Bei den einzelnen Diagnosegruppen sind noch folgende Auffälligkeiten zu verzeichnen: 4 von den 8 Selbständigen finden sich bei den Alkoholikern. Des weiteren gibt es in dieser Patientengruppe weniger Patienten ohne berufliche Tätigkeit als in den anderen. Die 4 Patienten in unselbständig gehobener Stellung verteilen sich auf die Diagnosen 'Alkoholiker' und 'Schizophrenie' mit jeweils 2. Bei der Gruppe der 'Schizophrenen' sind die Patienten, die nicht berufstätig sind, sehr stark vertreten und es ist nur 1 Patient in die Kategorie der 'unselbständig in mittlerer Stellung' arbeitenden Personen eingeordnet. Bei den Persönlichkeitsstörungen sind 5 (von 11) nicht berufstätig.

3.14. BESCHÄFTIGUNGSDAUER

(Tabelle 5; Spalte 6 - 10)

(Vorauszuschicken sind einige Worte zur Einordnung in die Kategorien 'sporadisch' und 'zeitweilig'. Die Unterscheidung wurde so getroffen: unter 'sporadisch' wurde verstanden, daß ein Patient für ein paar Stunden, Tage, vielleicht auch mal Wochen arbeitete, um sich gerade genügend Geld (meist zusätzlich) zu verdienen, aber keiner Beschäftigung im eigentlichen Sinne nachging. Unter 'zeitweilig' wurde verstanden, daß ein Patient in einem Beschäftigungsverhältnis, das nach Wochen oder Monaten aus unterschiedlichen Gründen gelöst wurde, bestimmte Arbeiten verrichtete. Gründe, die angegeben wurden, waren z.B. 'eigener Entschluß, zu kündigen', 'Entlassung', 'erneute stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung' u.ä.)

Auffällig ist, daß sowohl bei der Kategorie 'nie einer Beschäftigung nachgegangen' als auch bei 'sporadisch' jeweils nur 1 männlicher Patient vertreten ist. Während bei 'zeitweilig' und 'ständig bis vor länger als 1 Monat' Männer und Frauen gleich häufig vertreten sind, sind bei den Patienten, die bis kurz vor ihrer Einweisung nach Haar gearbeitet haben, die Männer mit einem doppelt so hohen Anteil vertreten wie die Frauen. Bei den einzelnen Kategorien sind bezüglich der Diagnosegruppen folgende Auffälligkeiten zu verzeichnen:

'nie': kein Patient bei Alkoholikern und Persönlichkeitsstörungen. Sonst gleiche Verteilung.

'sporadisch': vier (von 7 insgesamt) bei depressiven Neurosen.

'zeitweilig': 14 bei schizophrenen Patienten, 9 bei Alkoholikern und 5 bei Suchtkranken (bei 33 Angaben insgesamt).

'ständig bis vor weniger als 1 Monat': viele bei den Alkoholikern (weiterhin Inhaber einer Stelle bei ärztlich befürworteter Entziehungskur), wenige bei den schizophrenen Patienten.

3.15. ENGSTE BINDUNG AN ELTERNTEIL

(Tabelle 6; Spalte 1 - 5)

Bei den Frauen wurde eine stärkere Bindung an den Vater, bei den Männern eine stärkere Bindung an die Mutter in der Kindheit angegeben. In der Kategorie 'Bindung an beide' oder an 'keinen von beiden' ist die Zahl von männlichen und weiblichen Patienten gleich groß. In der Kategorie 'Bindung an andere' überwiegen die Männer deutlich. Bei den einzelnen Diagnosen zeigt sich: prozentual doppelt so viele Patienten wie in der Gesamtpatientengruppe geben bei den Suchtkranken 'Bindung an keinen' an. Bei

der Gruppe der endogenen Depressionen gaben 5 (von 12) 'Bindung an beide' an. Bei den Persönlichkeitsstörungen gab kein Patient 'Bindung an beide' an. In dieser Gruppe liegt auch der Prozentsatz von 'Bindung an andere' unverhältnismäßig hoch mit 4 (von 11) bei einer Gesamtzahl von 15 Patienten mit dieser Angabe.

3.16. ALTER BEI TOD DES VATERS

(Tabelle 6; Spalte 6,7)

Bei insgesamt 30% der Patienten verstarb der Vater vor dem 15. Lebensjahr, wobei der Anteil in der Kategorie 'bis zum 10. Lebensjahr' mit 25% relativ höher ist. Bei der Verteilung von männlichen und weiblichen Patienten ergibt sich keine Auffälligkeit. In der Gruppe der Depressiven Neurosen zeigt sich ein unerwartet hoher Anteil von Patienten, deren Vater bis zum 10. Lebensjahr verstorben ist. Die Kreuztabelle zur Kategorie 'Lebensalter' (3.2.) zeigt, daß insgesamt für diese Gruppe nicht die 'Kriegsgeneration' verantwortlich zu machen ist, da die Kombination beider Merkmale in der Kategorie '20 - 29 Jahre' genau so häufig vorkommt wie in der Kategorie '30 - 39 Jahre'. Bezogen auf das Untersuchungsjahr 1974 müßte der Anteil der letzteren sonst höher sein.

3.17. ALTER BEI TOD DER MUTTER

(Tabelle 6; Spalte 8,9)

Bei 25 Patienten verstarb die Mutter vor dem 15. Lebensjahr wobei auffällt, daß in der Patientengruppe, deren Mütter vor dem 10. Lebensjahr starben (insgesamt 18), die Männer mit 13 gegenüber den Frauen mit 5 überwiegen. Dabei ist auffällig, daß die Hälfte von diesen (9 Patienten) unter die Diagnose 'Alkoholiker' fällt. Bei Kombination der beiden Kategorien 'Lebensalter bei Tod des Vaters' und 'Alter bei Tod der Mutter' erhält man folgende Ergebnisse: bis zum 10. Lebensjahr wuchsen 61 Patienten ohne einen Elternteil auf, bis zum 15. Lebensjahr waren es 76. Beide Eltern verstarben vor dem 10. Lebensjahr bei 7 Patienten; 11 sind es, setzt man die Grenze beim 15. Lebensjahr an. Von diesen 11 Kindern, die ohne Eltern aufwuchsen wurden 4 in einem Heim untergebracht.

3.18. TRENNUNG DER ELTERN

(Tabelle 6; Spalte 10)

Der Anteil liegt mit 33 Patienten bei 20%. Männer und Frauen sind gleich häufig vertreten.

3.19. UNEHELICHE GEBURT

(Tabelle 6; Spalte 11)

15 Patienten (= 9%) wurden unehelich geboren. Der Anteil der Männer liegt mit 10, gegenüber 5 bei den Frauen, doppelt so hoch. Die Verteilung dieser Patienten auf die einzelnen Diagnosegruppen ist unauffällig.

3.20. PFLEGE-, STIEFKIND

(Tabelle 7; Spalte 1)

Der Prozentsatz ist mit 33 Patienten genau so hoch wie in der Kategorie 'Trennung der Eltern' (3.18.). Es handelt sich jedoch nicht um die gleichen Patienten, was sich an der unterschiedlichen Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen zeigt. Die Kombination dieser beiden kommt insgesamt neunmal vor. (s. a. 3.24.)

3.21. HEIMAUFWENTHALT

(Tabelle 7; Spalte 2 - 4)

25 von 167 Patienten (= 15%) haben als Kinder mehr als 1 Jahr in einem Heim verbracht, wovon sich die Hälfte (13 Patienten) allein auf die Diagnosegruppen 'Schizophrenie' (7) und 'depressive Neurosen' (6) verteilen. Wie schon unter 3.17. erwähnt befanden sich 4 elternlose Kinder länger als 1 Jahr in einem Heim. Bei Kombination mit der Kategorie 'Tod des Vaters' (3.16.) oder 'Tod der Mutter' (3.17.) ergab sich 7 mal die Kombination mit 'Tod des Vaters vor dem 10. Lebensjahr' und 2 mal die Kombination mit 'Tod der Mutter vor dem 10. Lebensjahr'. Von diesen 13 Fällen insgesamt sind auffälligerweise 6 (3 mal Kombination mit 'Tod beider Eltern' und 3 mal Kombination mit 'Tod des Vaters') bei den depressiven Neurosen zu verzeichnen.

3.22. STÖRUNG IN DER KINDHEIT

(Tabelle 7; Spalte 5 - 9)

Es ist auffallend, daß bei nur 28 Patienten (= 17%) aus der Anamnese nicht auf Störungen der Familiensituation geschlossen werden konnte. Bei 13 Patienten 'ohne Angabe' (= 8%) wurden alle anderen unter 'fraglich' bis 'schwer' eingeordnet. (Die Einordnung war natürlich sehr von der subjektiven Einschätzung des Untersuchers abhängig, was als 'leichte', 'mittlere' oder 'schwere' Störung vermerkt wurde.) Ca. die Hälfte der Patienten wurde unter 'schwer' und 'mittelschwer' eingeordnet. Betrachtet man diese Relation bei den einzelnen Diagnosegruppen, so ist der Anteil bei den Persönlichkeitsstörungen mit 9 (von 11) auffallend hoch (6 davon 'schwer' und 3 'mittelschwer')

während die anderen Diagnosegruppen zur Verteilung dieser Kategorien im Vergleich zur Gesamtpatientengruppe keine Unterschiede aufzuweisen haben.

3.23. PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN IN DER VERWANDTSCHAFT (Tabelle 7; Spalte 10)

Diese Kategorie konnte nur mit Vorbehalt ausgewertet werden, da die Frage nur in 47 Fällen verneint wurde und bei weiteren 47 Patienten dazu keine Angaben vorliegen. Es war jedoch bei immerhin 73 (= 43%) der Patienten aus der Anamnese zu entnehmen, daß psychische Auffälligkeiten in der Verwandtschaft vorhanden waren, wobei nicht - wie im AMP-Bogen gefordert - zwischen Störungen 'gleicher' oder 'anderer' Art differenziert werden konnte. In den Gruppen 'Persönlichkeitsstörungen' und 'Manien' fällt unter diesem Vorbehalt ein hoher Anteil mit 7 (von 11) respektive 7 (von 10) auf.

3.24. HALBGESCHWISTER (Tabelle 8; Spalte 1)

32 Halbgeschwister (= 20%) sind insgesamt zu verzeichnen. Kombiniert man diese Fälle mit der Kategorie 'Pflege-, Stiefkind' (3.20.), so zeigt sich, daß 13 mit Halbgeschwistern aufwuchsen, während die übrigen allein bzw. ohne Stiefgeschwister aufwuchsen. (s. a. unter 3.20.)

3.25. ZWILLING (Tabelle 8; Spalte 2)

5 Patienten gaben Zwillingsgeschwister an, davon fielen 2 in die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen.

3.26. ANZAHL DER GESCHWISTER (Tabelle 8; Spalte 3 - 7)

Es ergibt sich - bei 32 Einzelkindern - eine unauffällige Verteilung der Geschwisterzahlen. Bezüglich der Verteilung auf Männer und Frauen zeigt sich ebenfalls keine auffällige Häufung bei den einzelnen Gruppen.

3.27. STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE (Tabelle 8; Spalte 8 - 11)

Die Einzelkinder abgerechnet (nur die Erstgeborenen einer Geschwisterreihe werden berücksichtigt), ergibt sich eine unauffällige Verteilung auf die Patientengruppen, allerdings unterschiedlich bei Männern und Frauen. So

überwiegen bei den Erstgeborenen mit 25 gegenüber 15 eindeutig die Männer, während bei den Drittgeborenen mit 13 gegenüber 5 die Frauen in der Mehrzahl sind. Bei den einzelnen Diagnosegruppen zeigen sich keine verwertbaren Häufungen und die Kreuztabelle zum Merkmal 'Anzahl der Geschwister' (3.26.) zeigt keine Besonderheiten.

3.28. FRÜHERE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

(Tabelle 9; Spalte 1 - 3)

Nur bei 27 Patienten ließ sich aus der Befragung zur allgemeinen Anamnese (ohne speziell danach zu fragen - dies war, wie schon erwähnt, Sache des Untersuchers nach PSE-Bogen) nicht auf das Vorhandensein früherer psychischer Störungen schließen. 110 Patienten boten psychische Auffälligkeiten nach dem 15. Lebensjahr, 10 Patienten vor dem 15. Lebensjahr (zusammen 84%). Dieser hohe Prozentsatz bestätigt wohl nur, daß über kurz oder lang eine psychiatrische Diagnose gestellt worden ist. Es handelt sich ja schließlich bei der Untersuchung um stationäre Aufnahmen eines Bezirkskrankenhauses. Nimmt man die Zahlen der Tabelle, so könnte man trotz unterschiedlicher Geschlechterverteilung im Hinblick auf die 28 Patienten, die in der Kindheit 'global' keine Störung der Familiensituation zu verzeichnen hatten - insbesondere bei fast identischer Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen - vermuten, daß hier ein Zirkelschluß des Untersuchers vorgelegen habe. Die Kreuztabelle beider Merkmale (3.22. und 3.28.) zeigt aber nur eine Kombination in 14 Fällen. (Für diese müßte allerdings die obige einschränkende Bemerkung noch gelten.) Diese Kreuztabelle zeigt weiterhin eine hohe Anzahl von Kombinationen der Kategorien 'mittelschwere Störung' (28 Patienten) und 'schwere Störung' (45 Patienten) mit dem Auftreten früherer psychischer Störungen.

3.29. ANZAHL DER MANIFESTATIONEN

(Tabelle 9; Spalte 4 - 11)

Diese Kategorie bezieht sich sowohl auf 'frühere psychische Störungen' (3.28.) als auch auf Episoden, die zu stationären Aufnahmen geführt haben. Bei 43 Patienten liegen keine Angaben vor. Des weiteren sind 28 in der Kategorie 'keine Manifestationen' eingeordnet. (Übrige Angaben s. Tabelle.) Der Anteil der Patienten mit häufigen Episoden (6 und mehr) ist mit 63 fast doppelt so hoch wie der Anteil der Patienten mit '1 - 5 Episoden'. Die Verteilung nach Geschlecht und auf die einzelnen Diagnosegruppen ist unauffällig.

3.30. ANZAHL DER STATIONÄREN AUFNAHMEN

(Tabelle 10; Spalte 1 - 7)

57 Patienten (= 34%) waren vorher noch nie stationär aufgenommen worden. Insgesamt ergibt sich eine unauffällige Verteilung, auch was Männer und Frauen betrifft. Der Anteil bisher noch nicht stationär behandelter Patienten ist insbesondere bei den depressiven Neurosen hoch mit 16 Patienten (von 29) und den Persönlichkeitsstörungen mit 5 Patienten (von 11). Des weiteren ist bei den Alkoholikern und Schizophrenen eine Tendenz zu häufigeren Aufnahmen zu verzeichnen.

3.31. ERSTERKRANKUNG

(Tabelle 10; Spalte 8)

Bei 54 Patienten handelte es sich um die 'Ersterkrankung' bei 57 Patienten, die zum ersten Mal stationär aufgenommen worden waren (s.a. 3.30.). Die niedrigere Anzahl von 28 Patienten in der Kategorie 'keine bisherigen Manifestationen' (3.29.) ist kein Widerspruch, da dort alle vorherigen psychischen Auffälligkeiten subsummiert sind, die nicht unbedingt mit der jetzigen Erkrankung in direktem Zusammenhang stehen müssen. In der Gruppe der Depressiven Neurosen ist der Anteil an Ersterkrankungen mit 13 (von 29) sehr hoch.

3.32. AKTUELLE BELASTUNG

(Tabelle 10; Spalte 9,10)

3.32.1. AKTUELLE SOMATISCHE BELASTUNG

Die Frage nach besonderen körperlichen Belastungen, die der stationären Aufnahme vorausgingen, wird in höherem Maße von Patienten in den Gruppen 'Depressive Neurosen' (9 Patienten mit dieser Angabe) und 'Sucht' (4 Patienten) bejaht. Eindeutig verneint wurde diese Frage besonders bei den Alkoholikern und Manien.

3.32.2. AKTUELLE PSYCHISCHE BELASTUNG

Bei dieser Kategorie liegt die Zahl von Patienten ohne Angabe mit 40 sehr hoch. Zu den Aussagen im einzelnen: verneint wurde die Frage von 8 Patienten (davon 7 aus der Gruppe der Alkoholiker). Bejaht wurde die Frage von knapp der Hälfte der Patienten, insbesondere in der Gruppe 'Depressive Neurosen' (20 von 29) sowie in der Gruppe 'Persönlichkeitsstörungen' (7 von 12) und 'Manien' (6 von 10).

3.33. ALTER BEI ERSTMANIFESTATION

(Tabelle 11; Spalte 1 - 5)

Es zeigt sich eine unauffällige Verteilung der Patienten auf die einzelnen Altersstufen. Dabei ist die Kurve der Frauen gegenüber der der Männer um eine Altersgruppe nach rechts (= älter) verschoben. Auffällig ist eine größere Anzahl von Patienten in der Altersgruppe von '30 - 39 Jahre' bei den endogenen Depressionen und den depressiven Neurosen sowie das starke Überwiegen der Altersgruppe '10 - 19 Jahre' bei den Suchtkranken.

3.34. DAUER DER ERKRANKUNG

(Tabelle 11; Spalte 6 - 10)

Bei einem guten Drittel der Patienten (58) handelt es sich um ein relativ akutes Geschehen mit einer Erkrankungsdauer bis zur stationären Aufnahme von weniger als einem Jahr. Der Anteil der akut Erkrankten ist insbesondere hoch bei den depressiven Neurosen (16 von 29) und den endogenen Depressionen (7 von 12), dem gegenüber steht eine sehr niedrige Zahl bei den Suchtkranken (nur 1 von 12). Die übrigen Zeiträume sind bei den einzelnen Diagnosegruppen unauffällig verteilt (s. Tabelle).

3.35. VERSCHIEDENES

(Tabelle 12)

3.35.1. SELBSTMORD

(Spalte 1 - 4)

25 Patienten (= 15%) hatten vor Aufnahme einen sicheren Selbstmordversuch überstanden. Erwartungsgemäß hoch liegt der Anteil dieser Patienten in der Diagnosegruppe 'Depressive Neurosen'. Fast die Hälfte aller Suizidversuche (13) fielen in diese Gruppe. Ebenso hoch liegt in dieser Patientengruppe der Prozentsatz bezogen auf die Kategorie 'frühere sichere Selbstmordversuche' (8 von 25 insgesamt). Die Kreuztabelle der Kategorien 'früherer' und 'jetzt sicherer Suizidversuch' ergibt 10 Fälle, von denen 5 bei den depressiven Neurosen und 2 bei den Persönlichkeitsstörungen zu verzeichnen sind.

3.35.2. bis 3.35.5. siehe Tabelle 12; Spalte 5 - 9

4. DISKUSSION

Die Auswertung des Datenmaterials dieser Untersuchung in Haar ergibt neben vielem Bekannten einige interessante Einzelbefunde, die Gegenstand genauerer Untersuchung und Überprüfung an Hand größerer Fallzahlen sein müßten. Einige der hier angeführten Einzelfragen wurden schon genauer untersucht. Darauf wird unter Punkt 4.4. ausführlicher eingegangen werden.

Zunächst ist es jedoch notwendig, auf die Bedingungen einzugehen, unter denen die mit dem Terminus 'allgemeine Anamnese' beschriebenen Informationen gewonnen und dokumentiert werden. Will man die Bedeutung dieser Angaben einschätzen, muß eine Vielfalt von Problemen und Fehlerquellen berücksichtigt werden.

Im Folgenden wird versucht werden, die wichtigsten Literaturangaben im Hinblick auf Reliabilität und Validität psychiatrischer diagnostischer Kategorien (4.1.), die allgemeine Problematik der Anamnese (4.2.) sowie deren Reliabilität und Validität (4.3.) zu diskutieren.

4.1.1. ZUM PROBLEM DER RELIABILITÄT DIAGNOSTISCHER KATEGORIEN

KREITMAN (1961 a,b) geht in seinen überall als grundlegend zitierten Arbeiten ausführlich auf die verhältnismäßig spärliche bisherige Literatur ein und schlüsselt die zu konstatierende Tatsache zu geringer Reliabilität psychiatrischer Diagnosen auf. Er unterscheidet Gründe, die bei den Psychiatern liegen sowie Gründe, die in der Befunderhebung, bei den verwandten Begriffen (dem nosologischen System), beim Patienten und/oder in der Aufarbeitung der gewonnenen Daten zu suchen sind. KREITMAN (1961a) weist in diesem Zusammenhang auch auf die Bedeutung dessen hin, daß man nicht nur gebannt auf die Reliabilität des psychiatrischen Urteils ('daß bei wiederholten Untersuchungen das gleiche Ergebnis erzielt wird') schauen dürfe, sondern, daß auch der Validität ('Gültigkeit') der Urteile große Bedeutung zukomme. So führt er als Beispiel an, daß 'ein Dutzend nicht sorgfältig untersuchender Psychiater alle übereinstimmen mögen, daß das Eheleben eines Patienten zufriedenstellend sei, nur weil sie vergessen haben, die wichtigen Fragen zu stellen'. Er fährt dann

fort, daß dieses Beispiel für den klinischen Alltag sicher nicht allein stehe.

JAKUBASCHK und WERNER (1974) zeigten, daß identische Untersucher ihr Konzept der Diagnosestellung, das sie an Hand einer Liste als 'charakteristisch' erachteter Symptome definieren mußten, in einem Abstand von zwei Jahren z.T. erheblich veränderten. Sie fanden das ganze Spektrum von sehr geringer, statistisch gesehen 'zufälliger', Übereinstimmung bis zur fast identischen Beurteilung der wichtigsten Krankheitssymptome in diesem zeitlichen Abstand. Alle Teilnehmer der Studie waren in der Diagnostik tätige Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Der Grad der Übereinstimmung stieg mit zunehmender Erfahrung in der Psychiatrie. Ein solch hoher Grad an Übereinstimmung der Urteile kann einen gleichbleibend sehr hohen Grad an zutreffender Beurteilung beinhalten, kann allerdings auch nur bedeuten, daß sich das Konzept des betreffenden Untersuchers nicht mehr verändert (Reliabilität vs. Validität). Um dies zu veranschaulichen ein Beispiel: Sehr viele Untersucher würden sicherlich sehr gut übereinstimmen, sollten sie die 'Endstufe' langjährig hospitalisierter chronisch schizophrener Patienten beschreiben. In Amerika wurde ein psychologischer Test entworfen, der statistisch einwandfrei langjährig hospitalisierte von kurzzeitig aufgenommenen Patienten unterscheiden konnte. SILVERMAN und Mitarb. (1966) machten die Probe aufs Exempel. Sie wandten den gleichen Test auf Zuchthausinsassen an und zwar neu und langjährig Einsitzende. Zu ihrer Überraschung (oder Bestätigung) fanden sie sehr ähnliche - statistisch einwandfreie - Unterschiede, ganz gleich, ob auf Patienten oder Sträflinge angewandt. Sie ziehen daraus den sicher naheliegenden Schluß, daß man mit dem genannten Test nicht ein krankheitsspezifisches Geschehen beurteilt habe, sondern nur die Einflüsse jahrelangen Eingesperrtseins - ob in Anstalt oder Zuchthaus.

COOPER (1967) kommt in einer Untersuchung von 200 Patienten, die innerhalb von zwei Jahren viermal stationär aufgenommen worden waren, zu dem Schluß, daß die häufig zu verzeichnenden Änderungen der Krankenhausdiagnose selten auf eine Befundänderung beim Patienten, größtenteils aber auf einen Wechsel des aufnehmenden Arztes zurückzuführen waren. Er folgert daraus, daß die 'Erhebung und Dokumentation der klinischen Beobachtungen standardisiert werden müsse, bevor man Krankenhausstatistiken erhalten könne, die zuverlässige Informationen über den klinischen Zustand des Patienten geben'.

WARD et al. (1962) drücken die Relationen der Faktoren,

die gemäß ihrer Untersuchung zu mangelnder diagnostischer Übereinstimmung führen, in Zahlen aus: 5% nur gingen zu Lasten des Patienten, 32,5% seien durch den Psychiater und 62,5% durch das nosologische System bedingt.

Es existiert eine ganze Reihe weiterer Arbeiten, die sich mit der Reliabilität der diagnostischen Zuordnung befassen (BECK 1962 a,b; BABIGIAN 1972; KENDELL 1973). Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, diese Literatur umfassend zu diskutieren. Sie beschäftigt sich auch fast ausschließlich mit dem diagnostischen Entscheidungsprozeß auf der Grundlage psychopathologischer Verhaltensweisen und anamnestisch zu erfragender Schlüssel-symptome. Die Informationen, die - gewonnen durch die Erhebung der allgemeinen Anamnese - in den Entscheidungsprozeß mit eingehen, sind nicht gesondert berücksichtigt.

4.1.2. BEMÜHUNGEN UM DIE VEREINHEITLICHUNG DES NOSOLOGISCHEN SYSTEMS

Wie von allen Autoren immer wieder betont, ist die gemeinsame Fachsprache für alle vergleichenden Untersuchungen entscheidend. Ein einheitliches System der diagnostischen Zuordnung wird unbedingt benötigt. Dies gilt in gleichem Maße für die kontrollierbare praktisch klinische Tätigkeit wie auch für die wissenschaftliche Forschung. Für Deutschland wie für die meisten Länder der Welt gilt inzwischen die Klassifikation der WHO in ihrer 8.Fassung (1971) - obwohl sicher auch noch nicht überall einheitlich angewandt - als verbindlich. Maßgeblichen Anteil an der Durchsetzung dieser einheitlichen Verfahrensweise und insbesondere an der Einführung einer standardisierten Dokumentation der gewonnenen Daten hat die 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP)' (SCHARFETTER 1971; HIPPIUS 1969). Auf der Grundlage einer solchen Übereinkunft wird das Problem der Anwendung eines einheitlichen nosologischen Systems grundsätzlich lösbar.

Epidemiologische Forschungsstudien wie die schon erwähnte 'US-UK-Studie' und die Arbeiten von CRANACH und Mitar. (1977) zeigen in ihrer Anwendung, daß es möglich ist, diese Hauptfehlerquelle auszuschalten und zu Aussagen und Vergleichen bezüglich Art und Vorkommen definierter psychiatrischer Störungen zu kommen. Unter der Voraussetzung hoher diagnostischer Reliabilität und bei breiter Anwendung als Basisdokumentation in den Kliniken der psychiatrischen Versorgung könnte es möglich werden, vergleichbare, große Patien-

tenstichproben zusammenzustellen, die (bezugnehmend auf die Thematik dieser Arbeit) im Hinblick auf signifikante Unterschiede bezüglich Herkunft, Schulbildung, Familienstand, etc. - kurz gesagt, auf die Aussagekraft allgemeiner anamnestischer Daten für die diagnostische Zuordnung - untersucht werden könnte.

4.2. DIE PROBLEMATIK DER ANAMNESEERHEBUNG ALS RETROSPEKTIVE SCHAU IN DIE ERINNERUNG (griech.: 'anamnesis') DES PATIENTEN

Es ist durch viele Arbeiten, insbesondere der psychoanalytisch orientierten Literatur, belegt, daß ein Patient über wesentliche, ihn prägende, Erlebnisse seiner Vorgeschichte nur eine Darstellung geben kann, die durch den Stellenwert bestimmt ist, den das Erlebnis für ihn hatte. Dies persönliche Raster kann dem Untersucher zwar zusätzliche Aufschlüsse für das Verständnis des Patienten geben, erschwert aber andererseits auch das Erfassen dessen, was 'wirklich' geschehen ist und als 'Fakt' in der Anamnesedokumentation (der Krankengeschichte) festgehalten werden soll. Größte praktische Bedeutung kann dieses Problem z.B. bei gutachterlichen Stellungnahmen haben. Im Falle einer Ablehnung eines gerechtfertigten Anspruches auf Anerkennung eines Leidens als 'Kriegsdienstbeschädigung' ist es als Kunstfehler zu werten, wenn z.B. bei einer Antwort wie 'in der Gefangenschaft ist es mir einigermassen ergangen' nicht genau nachgefragt wird und der Untersucher zu falschen Schlüssen kommt. SCHENK (1960) hat die rechtlichen Implikationen solcher Festlegungen in einer Arbeit zur Feststellung von Versorgungsansprüchen untersucht.

DÖRNER (1966) weist in seiner Arbeit 'Interview und Exploration', in der er aus der Sicht der Soziologie die verschiedenen psychiatrischen Explorationsweisen einer vergleichenden historischen Betrachtungsweise unterzieht, auf die Wichtigkeit der Vorgehensweise des Untersuchers hin. Dieser wird unterschiedliche Ergebnisse erhalten, je nachdem, ob er einem völlig präformierten Frageschema folgt, nach einem halbstandardisierten Interview vorgeht oder gar keine Fragen stellt und sich nur auf das stützt, was der Patient von sich aus berichtet. Für den Normalfall des klinischen Alltages, der von der Notwendigkeit einer zügigen Anamnese- und Befunderhebung geprägt ist, dürfte das Gewicht in diesem Spektrum zur Seite der 'harten' Fragetechnik verschoben sein. Dazu ist zu be-

denken, daß der Untersucher gewissermaßen unter Druck steht, wichtige Aufschlüsse zu erhalten bzw. Schlüssel-symptome zu entdecken, die eine stationäre Aufnahme und diagnostische Zuordnung rechtfertigen - von einem Patienten, der häufig nicht in der Lage ist, sich frei über für ihn heikle Themen auszusprechen. Der von DÖRNER (1966) zitierte Autor REIL (1803), der vom Psychiater verlangt, 'er solle einen großen, starken und muskulösen Körper haben, Furcht und Ehrfurcht einflößen und über majestätischen Gang, feste Miene und eine donnernde Stimme verfügen', würde - sofern er sich als Vorbild genommen hat - sicher andere Ergebnisse bei einer anamnестischen Frage erzielen als ein Explorateur, der dem Patienten partnerschaftlich entgegenkommt.

LICKINT (1968) entwickelt an Hand dreier kasuistischer Beispiele die Möglichkeiten, die seiner Meinung nach der Untersucher beim Erstinterview des psychiatrischen Patienten hat. Eine ausführliche Darstellung der eingenommenen bzw. einzunehmenden Haltung von Seiten des Untersuchers und des Patienten sowie deren Bedeutung für die Gesprächssituation findet man bei ARGELANDER (1970), der das Erstinterview im Hinblick auf eine folgende Psychotherapie darstellt. Als praktischer Nachweis der darin enthaltenen Gedanken zum Problem der 'Übertragung' kann die Arbeit von MENTZOS und PITTRICH (1971) gelten. Um die Zuverlässigkeit psychiatrischer Urteile zu überprüfen, wählten diese die Beurteilung des 'Primärcharakters'. Sie gingen davon aus, daß dessen Einschätzung sicherlich in besonderem Maße subjektiven Einflüssen unterliegen müßte. Beim Vergleich zweier fast homogener Stichproben weiblicher Patienten an Hand von Daten zum Primärcharakter (die an deren Klinik in einer Basisdokumentation für alle Patienten festgehalten wurde) fanden sie bei je drei männlichen und weiblichen Untersuchern sowohl 'geschlechtsstereotype Beurteilungsunterschiede' als auch Unterschiede, die auf 'verschiedene theoretische Vorstellungen zur Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen waren'. Daß auch ganz banale Dinge für die Verfälschung dessen, was der Untersucher sieht, von Bedeutung sind, zeigt eine Arbeit von ZARLOCK (1966). Er wies in einer Versuchsanordnung nach, daß z.B. schizophrene Patienten gegenüber Untersuchern und Personal in weißen Kitteln deutlich häufiger und stärker sogenannte 'typische, pathologische' Verhaltensweisen zeigten, als wenn diese Normalkleidung trugen.

JAKOB (1962) hat eine Bestimmung der allen explorativen Verfahren eigenen Grenzen versucht. Er führt unter anderem an: 'Die Bindung jedes Einfalls und jeder Aussage an die

aktuelle Situation; die notwendige Abwehr der Uferlosigkeit in allen Explorationen; die regionale Aufteilung des Explorationsfeldes nach Schwerpunkten des Interesses; die nie zu vermeidende Partnerassymetrie zwischen Arzt und Patient; die beschränkte Möglichkeit der Versprachlichung von Erlebtem und das 'Historismusproblem', d.h. den modifizierenden Einfluß des Gegenwärtigen auf die Darstellung des Vergangenen'.

Letzteres Problem meint SUCHENWIRTH (1963), in Analogie zur geisteswissenschaftlichen Geschichtsforschung lösen zu können. Er kommt zu dem Schluß, daß man 'bei Anwendung der historischen Methode - soweit es von der Natur der Sache her möglich ist - zu einer objektiven Vorgeschichte des Kranken gelangt'. Er sieht sich dann allerdings gezwungen, seine Einschränkung 'soweit es in der Natur der Sache liegt' auszuweiten bis zu der Empfehlung der 'medizinischen Auslegekunst, der medizinischen Hermeneutik' in Analogie zur Situation der 'Theologen bei der Auslegung der sakralen Schriften oder der Juristen bei der Interpretation der Gesetzestexte'.

Schon auf dieser Ebene der grundsätzlichen Überlegungen, wie aus den Angaben des Patienten Daten zur Unterstützung praktisch klinischer Entscheidungen oder für Fragestellungen von Forschungsarbeiten zu gewinnen sind, lassen sich vielfältige Fehlermöglichkeiten aufzeigen, die in eine Sackgasse führen können oder gewonnene Ergebnisse fragwürdig erscheinen lassen. DÖRNER (1966) formuliert das zugespitzt so: "Es nützt die noch so ausgefeilte statistische Auswertung von Krankengeschichten wenig, solange diese, also das Basismaterial für die Forschung, auf unkontrollierte Weise zustande kommt.

4.3. RELIABILITÄT UND VALIDITÄT DER ANAMNESE

Geht man also von der Annahme aus, daß die Validität und Reliabilität der anamnestischen Angaben des Patienten relativ gering zu veranschlagen sind, stellt sich die Frage der Überprüfung dieser Angaben, der Kontrollmöglichkeiten. DÖRNER (1966) zitiert eine Arbeit von ERNST (1964), die belegt, daß 'im Maße der Zuziehung von 4 bis 5 Gewährspersonen die Diagnose und Prognose erheblich an Genauigkeit gewinne'. LINDINGER (1973) beschäftigt sich an Hand kasuistischer Beispiele mit dem Problem der Validität der psychiatrischen Außenanamnese und kommt zu dem Schluß, daß diese Angaben 'häufig unverlässlich, unrichtig und unwahr sind, keineswegs ein zutreffendes oder objektives Bild des

Geschehens geben; sondern vielmehr unbewußt-tendenziöse Fehlhaltungen der Umgebung des Patienten dokumentieren'.

Der Weg der Kontrollanamnese scheint nicht nur von seiner im klinischen Alltag offensichtlichen Unmöglichkeit (Zeitmangel, Personalsituation, etc.), sondern auch aus grundsätzlichen Erwägungen heraus kaum gangbar. EASTWOOD und ROSS (1974) haben sich mit diesem Problem wohl als einzige intensiv und systematisch befaßt und versucht, dieses Problem auch quantitativ zu erfassen. Sie überprüften an Hand eines 117 Fragen umfassenden Interviews, das die gewöhnlichen Fragen zur Familie, zur persönlichen Entwicklung und zu den Vorerkrankungen des psychiatrisch zu untersuchenden Patienten umfaßte, wie sie im Standardwerk des angloamerikanischen Raumes, dem MEYER/GROSS (1969), gefordert werden. Die anamnестischen Angaben von 86 zufällig ausgewählten Patienten, bei denen ein naher Angehöriger für die Kontrollanamnese zur Verfügung stand, wurden ausgewertet. Es wurden zwei Interviews durchgeführt - bei Aufnahme und Entlassung. Im Schnitt vergingen dazwischen 33 Tage. Nimmt man die Angaben der Patienten für sich allein, so ergeben sich da schon Nichtübereinstimmungen in 17% der Fragen. Bezieht man noch die jeweiligen Angaben der Informanten mit ein, so ergibt sich insgesamt eine Nichtübereinstimmungsrate von 32%. Die Fragen, die von Patienten oder Informanten mit 'weiß ich nicht' beantwortet worden waren, waren dabei schon herausgenommen. Diese konzentrierten sich vor allem auf folgende Themen: 'frühkindliche und sexuelle Entwicklung, berufliche Tätigkeit und Einkommen sowie Todesursache der Eltern' und wiesen 'naturgemäß' einen unterschiedlich hohen Prozentsatz bei Patienten und Informanten auf. Bei der Frage nach der sexuellen Entwicklung z.B. waren die Unterschiede einleuchtenderweise am größten mit 35% 'weiß ich nicht' - Antworten bei den Angehörigen gegenüber 9% bei den Patienten. Die Autoren urteilen, daß diese Ergebnisse zwar 'nicht überraschend' seien, aber das Argument stützten, 'daß der Praxis, einen Informanten dzu heranzuziehen, die Aussagen eines Patienten zu verifizieren, gewisse Grenzen gesetzt seien'.

4.4. DISKUSSION DER EINZELNEN ERGEBNISSE IM HINBLICK AUF DIE LITERATUR

4.4.1. VERGLEICHBARKEIT DER STICHPROBE MIT DER GESAMTBEVÖLKERUNG

Wie SCHMIDT und TÖLLE (1977) in ihrer umfassenden Übersicht über die bisherigen Arbeiten, die sich mit der Familienkonstellation psychisch Kranker befassen, betonen, ist eine vergleichende Berechnung solcher Angaben methodisch äußerst schwierig, vor allem, weil keine vergleichbar aufgeschlüsselten Angaben zur Normalbevölkerung existieren. Die amtlichen Statistiken werden 'begreiflicherweise' nicht nach den Kriterien psychiatrischer Epidemiologieforschung geführt. So sind z.B. in den statistischen Jahrbüchern meist psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder gemeinsam angeführt. Den relativ differenzierten Patientenangaben stehen also meist nur globale Zahlen amtlicher Statistiken gegenüber. Auch die 'Enquete' hilft da nur in Einzelfällen weiter, da es sich bei dem Zahlenmaterial - soweit es referiert wird - in Ermangelung eines zentralen Registers, um regional beschränkte Untersuchungen handelt wie z.B. VON DILLING und ZERSSEN zur psychiatrischen Versorgung Bayerns (Enquete 1974). Der statistische Vergleich einer so kleinen Gruppe wie sie der hier untersuchten Patientenstichprobe zu Grunde lag mit Daten der Gesamtbevölkerung ist grundsätzlich problematisch. Es wurden keine statistischen Berechnungen vorgenommen. Beim Vergleich betr. Alterspyramide, Familienstand, Zahl der Personen im Haushalt, Schulart und Schulabschluß und Heiratsalter mit den zur Verfügung stehenden Daten der statistischen Jahrbücher der BRD (1975) und Bayerns (1972) ergaben sich keine offensichtlichen Unterschiede, die vermuten ließen, daß der Patientenstichprobe eine starke Auslese zu Grunde liegen müsse.

4.4.2. PATIENTENKLIENTEL DES BEZIRKSKRANKENHAUSES HAAR IM VERGLEICH ZU ANDEREN NERVENKRANKENHÄUSERN

Das Bezirkskrankenhaus Haar ist mit über 3000 Betten das größte Haus Bayerns und nimmt durch seinen Einzugsbereich der Stadt München sicher eine Sonderstellung ein. Es ist

aber von seinem Charakter als Großkrankenhaus sowie der zahlenmäßigen Zusammensetzung der Patienten nach Diagnosegruppen sicher mit anderen bayerischen als auch Nervenkliniken anderer Bundesländer vergleichbar. (SCHULZ 1974; ENQUETE 1974 a,b) Soweit vergleichbare Zahlen vorliegen, gleichen sich die Verhältnisse bei der Aufschlüsselung nach Diagnosen: einem hohen Anteil an langzeitstationär untergebrachten Patienten (vornehmlich chronisch Schizophrenie, altersbedingte psychische Störungen und Schwachsinnige) steht ein wechselnd großer Anteil kurz oder mittellang stationär aufgenommener Patienten verschiedener diagnostischer Zuordnung gegenüber. Der auf den ersten Blick erstaunlich hohe Anteil in dieser Studie von 41 Patienten, die wegen Alkoholismus aufgenommen wurden, ist keine isolierte Erscheinung, sondern eine Entwicklung, die in allen Bundesländern zu verzeichnen ist. (Wohlgemerkt: hoher Anteil bei den Aufnahmen ist nicht gleichbedeutend mit dem prozentualen Anteil der Bettenbelegung, der wegen der hohen Entlassungsquote wesentlich niedriger liegt.) die ENQUETE (1973) stellt fest, daß 1969 die Alkoholkranken mit 27% aller Erstaufnahmen weit an der Spitze standen vor Alterskranken mit 17% und Schizophrenen mit 15%. 1975 wurden allein in Bayern 6797 Alkoholkranken in 25 öffentlichen und privaten Kliniken behandelt. Gegenüber 1972 ist damit ein Zunahme um 32,7% zu verzeichnen (FEUERLEIN 1977). Für den Rheinischen Landesverband ist nach HENKEL und ROER (1976) eine ähnliche Zuwachsrate zu verzeichnen, nämlich von 1960 - 1971 um 306% und von 1969 - 1971 um 34%.

4.4.3. VERGLEICHBARE EINZELAUSSAGEN ZUR HÄUFIGKEIT BESTIMMTER ANAMNESTISCHER ANGABEN

4.4.3.1. FAMILIENKONSTELLATION

SCHMIDT und TÖLLE (1977) führten an anamnestischen Angaben von Patienten, die als 'schizophren', 'depressiv psychotisch', 'neurotisch' und als 'Alkoholiker' diagnostiziert worden waren, statistische Untersuchungen über Familiengröße, Geburtenfolge und Geschwisterposition durch. Sie kamen zusammenfassend zu folgenden Ergebnissen:

*Unter Schizophrenen sind sowohl Einzelkinder als auch Kinder aus großen Familien überrepräsentiert; die Bevorzugung einer Geschwisterposition hat sich bisher nicht sicher

feststellen lassen. Kranke mit monopolarer oder bipolarer endogener Depression sind überzufällig häufiger die Ältesten ihrer Geschwisterreihe, während zur Familiengröße keine gesicherten Befunde vorliegen. Unter Neurotikern scheinen Einzelkinder und Älteste häufiger vorzukommen als in der Allgemeinbevölkerung. Bei den Alkoholikern (männlichen Geschlechts) sind die späten Geburtenränge und die jüngsten Kinder überrepräsentiert." Zu den in derselben Arbeit zusammengestellten häufig sich widersprechenden Ergebnissen anderer Autoren werden Erklärungen diskutiert, die sich auf die 'erheblichen Unterschiede des methodischen Vorgehens' gründen. Entscheidende Fehlerquellen solcher Untersuchungen werden analysiert und 12 Vorschläge für die 'Durchführung familienstatistischer Untersuchungen in der Psychiatrie' aufgestellt, um in Zukunft vergleichbare Ergebnisse erhalten zu können.

4.4.3.2. ZIVILSTAND

ÖDEGARD (1971) erwähnt in seiner Arbeit 'Zur Epidemiologie der Psychosen', daß unter Schizophrenen - nach Korrektur für die verschiedenen Altersgruppen - die Ledigen viermal so häufig vertreten seien wie die Verheirateten. Er beziffert die 'Morbidity' als so hoch. Abweichend dazu greift NORIS (1959) eine frühere Arbeit von ÖDEGARD (1946) zu diesem Thema auf und diskutiert an Hand ihres eigenen umfangreichen Zahlenmaterials das Überwiegen der ledigen gegenüber den verheirateten Patienten. Sie betont den Unterschied zwischen diesen Zahlen, die sich auf eine erhöhte Rate stationärer Aufnahmen beziehen im Gegensatz zur wahren 'Inzidenz', für die man noch keine genauen Aussagen machen könne. Sie erklärt das Überwiegen der ledigen Patienten damit, daß entweder Ledige schneller aufgenommen würden, da zu Hause niemand für sie Sorge oder Ledige Charakterzüge hätten, die die potentiell psychisch Kranken von der Heirat abhielten bzw. daß Verheiratete einen gewissen Schutz vor psychischer Erkrankung haben könnten, selbst bei 'konstitutioneller' Disposition. Sie kommt zu der Schlußfolgerung, daß unter den ledigen psychiatrischen Patienten einzelne Persönlichkeitsmerkmale vorherrschen, die sowohl von der Heirat abhalten als auch zugleich Vorläufer psychischer Erkrankung sein können. Die Zahlen dieser Arbeit (3.5.) bestätigen diese verschobene Relation in der Gruppe der schizophrenen Patienten, von denen 18 'ledig', 12 'geschieden' und nur 4 'verheiratet' waren.

4.4.3.3. ERSTERKRANKUNGSALTER

ANGST (1966) hat in seiner Monographie 331 Patienten, die von 1959 bis 1963 wegen affektiver endogener Psychosen in die Psychiatrische Universitätsklinik in Zürich aufgenommen wurden (im Vergleich zu den Zahlen der Normalbevölkerung) u.a. auf die Faktoren 'Alter', 'Zivilstand', 'Beruf', 'Wohnsitz', 'Konfession', 'Fertilität der Ehen', 'Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe', 'Mortalität' und 'Suizide' untersucht. Bezüglich der Kategorie 'Ersterkrankungsalter' kommt er zu dem Schluß, daß in Bezug auf die verschiedenen Formen der Depression keine signifikanten Unterschiede festzustellen seien.

DIEBOLD et al. (1977a) untersuchten 120 psychotische Elter - Kind- und Geschwisterpaare hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Diagnostik und Ersterkrankungsalter. Bei der Berechnung des mittleren Ersterkrankungsalters fanden sie signifikante Unterschiede bei 'Schizophrenen' gegenüber Affektpsychotikern': "Bei einander breit überlappenden Verteilungen des Ersterkrankungsalters erreichen die schizophrenen Psychosen anscheinend im dritten Lebensjahrzehnt, die affektiven Psychosen dagegen im 4. und 5. Lebensjahrzehnt Maxima der Erkrankungsgefährdung." (Besser wäre wohl eher 'Hospitalisierungsgefährdung' - dieser Einwand sei in Anbetracht der Gleichsetzung von Ersterkrankungsalter und Alter bei Ersthospitalisierung gestattet.) In einer zweiten Arbeit wurde von DIEBOLD et al. (1977b) die Anwendbarkeit der Kategorie 'Ersterkrankungsalter' auf ihre Einsatzmöglichkeit zur 'operationalen Trennung der diagnostischen Untergruppen' bei 240 'endogen psychotisch' diagnostizierten Patienten überprüft. Sie fanden, daß 69% der Patienten an Hand der Unterscheidung 'jünger' gegenüber 'älter als 25 Jahre' richtig als 'schizophren' bzw. 'endogen psychotisch' klassifiziert werden konnten. Einschränkend führen die Autoren selber an: "Obwohl signifikant, sind die Prozentsätze der richtig klassifizierten Fälle doch relativ niedrig. Das Ersterkrankungsalter scheint zur operationalen Trennung endogener Psychosegruppen nur beschränkt - als zusätzlicher nosologischer Parameter - geeignet." Hinsichtlich der Altersverteilung bezüglich der 'Erstmanifestation' (nicht unbedingt gleichbedeutend mit erstmaliger stationärer Aufnahme!) konnte, bei den in dieser Arbeit untersuchten Zahlen, ein verschobener Gipfel zu den höheren Altersgruppen (30 - 39 Jahre) bei den Frauen gegenüber den Männern verzeichnet werden, der auf die hohen Frauenanteile bei den Altersgruppen der depressiven Neurosen und der endogenen Depressionen zurückzuführen ist. (s. 3.33.)

4.4.3.4. BELASTUNG VOR AUFNAHME

Zu diesem Thema existiert eine Fülle sich widersprechender Aussagen in der Literatur: HÄFNER (1971) zitiert eine Arbeit von BROWN und BIRLEY (1968), die bei Vergleich von 50 'Schizophrenen' zu 50 'Gesunden' bei den 'Gesunden' nur in 14%, bei den psychiatrisch erkrankten Patienten hingegen in 46% der Fälle ein belastendes Ereignis innerhalb einer Zweiwochenfrist vor Aufnahme finden konnten. DOHRENWEND und DOHRENWEND (1972) können trotz häufiger festzustellender traumatischer Erlebnisse - insbesondere in den unteren sozioökonomischen Schichten - keine eindeutige Korrelation finden.

Die Grundlage solcher Ergebnisse sind sowohl die subjektiven Angaben des Patienten, der von einem Erlebnis als 'für ihn' sehr belastend berichtet oder z.B. der Todesfall eines nahen Angehörigen oder der Verlust des Arbeitsplatzes, was vom Untersucher als belastend eingestuft werden wird. WEINSTEIN (1974) untersuchte die Frage, inwiefern die Patienten selbst ihre jetzige Erkrankung in direktem Zusammenhang mit solchen Ereignissen sehen. Er kommt - je nach Diagnosegruppe - zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. MORRISON et al. (1968) kommt in einer methodisch sehr anspruchsvollen Untersuchung von 100 psychiatrischen Patienten und 100 Patienten eines normalen Krankenhauses, die hinsichtlich Rasse, Geschlecht, Alter, Zivilstand, Konfession, Erziehung, Einkommen und Beschäftigung sehr ähnlich waren ('socially matched controls') zu dem Schluß, daß nur ganz vereinzelt zwischen beiden Gruppen Merkmale unterschiedlich zu bewerten waren (wie z.B. die Anzahl der Selbstmordversuche in der Familiengeschichte, die bei der Gruppe der psychiatrischen Patienten signifikant höher lag). Insgesamt gesehen haben sich die beiden Gruppen jedoch hinsichtlich des Vorkommens belastender Ereignisse vor Hospitalisierung nicht unterschieden. Zusätzlich fand er, daß solche belastenden Ereignisse zwar häufig in direktem Zusammenhang mit dem Beginn einer psychischen Erkrankung zu verzeichnen sein können, daß jedoch gleiche oder ähnliche Erlebnisse früher nicht krankheitsauslösend gewirkt hatten. Die sehr hohen Zahlen in der Kategorie 'aktuelle psychische Belastung vor Aufnahme (3.32.2.) bei den depressiven Neuren (20 von 29), den Persönlichkeitsstörungen (7 von 11) und den Manien (6 von 10) sind auf der Grundlage der Schilderung der Patienten am ehesten als 'unterstützende Auslöser für die stationäre Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus' zu werten.

4.4.3.5. BELASTENDE KINDHEIT ('BROKEN HOME')

Die Literatur zu diesem Thema ist kaum zu überblicken. Je nach Vorzugshypothese der Autoren, i.e. 'soziale' vs. 'genetische' (Mit-)Bedingtheit, werden einzelne Ergebnisse unterschiedlich gewichtet; deren Problematik liegt in der Bewertung ihrer ätiologischen Bedeutung - darauf kann jedoch in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. ANGST (1966) kommt nach statistischer Berechnung und Zusammenschau der bisherigen Literaturergebnisse zu dem Schluß, daß 'unter endogen depressiven Patienten die Häufigkeit eines 'broken home' im Mittel genau so hoch ist wie in der Durchschnittsbevölkerung'. Er stützt sich bei dieser Aussage insbesondere auf eine Untersuchung, die die Wehrpflichtigen des Kantons Zürich erfaßte (ROTACH und HICKLIN 1964). Noch zu erwähnen sind die Arbeiten von BOWLBY (1976), deren Forschungsschwerpunkt auf den Zusammenhängen dieser Problematik liegt. Stellvertretend für die Widersprüchlichkeit der Einzelbefunde seien noch zwei Arbeiten angeführt: O'DONNEL (1972) untersuchte die Bedeutung des Elternverlustes bei Suchtkranken und mißt diesem Faktor einige Bedeutung bei. GREGORY (1966) konnte in einer groß angelegten statistischen Vergleichsstudie Zusammenhänge zwischen Verlust eines oder beider Elternteile und der Häufigkeit von Depressionen oder Selbstmord bzw. Selbstmordversuch nicht bestätigen. (Damit ist sicher nicht widerlegt, daß ein solcher Verlust nicht entscheidende Bedeutung für den Krankheitsverlauf haben kann.) Auffällig bei den Daten, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, war insbesondere die Häufung der Angaben, daß ein Elternteil oder beide Eltern früh verstarben. 61 Patienten sind es, setzt man die Grenze beim 10. Lebensjahr und sogar 76 Patienten, nimmt man das 15. Lebensjahr. (s.a. 3.16. und 3.17.) Die Kombination mit der Kategorie 'Heimaufenthalt' ist dabei erwartungsgemäß häufig mit 13 Fällen, davon fallen jedoch interessanterweise 6 unter die Diagnosegruppe 'depressive Neurosen'. (s.a. 3.21.)

4.4.3.6. AUFNAHMEMODUS

Grundsätzlich sind zu unterscheiden die 'freiwillige' und die 'zwangsweise' Aufnahme. Letztere ist zu unterteilen in 1. die Einweisung durch einen von einem Gericht bestellten Pfleger; 2. die Einweisung durch den Vormund bei unmündigten Personen; 3. die Einweisung von Minderjährigen;

4. die Einweisung nach dem 'Bayerischen Verwahrungsgesetz' a.) der sogenannte 'schnelle' Weg über die Polizei, b.) der sogenannte 'langsame' Weg über die Kreisverwaltungsbehörden (nach Bayer. Ärzteblatt 10/76). Bei den Patienten der Haarer Untersuchung wurden 50% der Patienten unter einem Rechtstitel aufgenommen. Von diesen wurden 37% verwahrt (s. 3.4.). ZERSSEN und DILLING geben für 1967 für Bayern vergleichsweise 59% an (Bd. 22 der Schriftenreihe der Bayer. Landesärztekammer), gegenüber nur 31% freiwilliger Aufnahmen bei den Männern und 50% bei den Frauen. (Dieser Prozentsatz beinhaltet nicht nur die verwahrten Patienten, da z.B. die polizeiliche eingewiesenen Patienten bis zur richterlichen Entscheidung stationär bleiben müssen.) Wie BOSCH (1974) in einer Untersuchung von 1100 Aufnahmen der Universitätsnervenklinik Frankfurt zwischen den Jahren 1962 und 1968 zeigen konnte, lag der Anteil der 'Verwahrten' dort auch sehr hoch. Von 992 in die Untersuchung aufgenommenen Patienten waren ein Drittel (330) Zwangsaufnahmen und nur zwei Drittel (662) freiwillige Aufnahmen. Eigentliches Ziel dieser zitierten Untersuchung war es, die häufigste 'offizielle' Begründung von Zwangseinweisungen - nämlich die 'akute Selbst- oder Fremdgefährdung' - auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen. BOSCH fand, daß ganz andere Motivationen eine Rolle spielen müssen (er führt genau aus, welche), da eine 'unmittelbare Selbstgefährdung' offensichtlich nur eine ganz untergeordnete Rolle spielte'. Bei den Daten aus Haar ergibt sich in Unterstützung dieser These bei Kombination der beiden Kategorien 'jetziger sicherer Selbstmordversuch' und 'Aufnahmemodus' gleiche Zahlen für 'freiwillig' und 'verwahrt', nämlich jeweils 11.

Überschaubare Einzelaspekte, unter kontrollierten Bedingungen untersucht, werden am ehesten in der Frage weiterhelfen, ob einzelne anamnestische Daten wertvolle Hilfestellung für diagnostische oder therapeutische Entscheidungen in der Psychiatrie geben können. Zusammenfassend kann man aber wohl mit EASTWOOD und ROSS (1974) sagen:

"Die psychiatrische Anamnese ist eine langwierige Befragung, die auf dem Meyerschen Grundsatz beruht, daß die meisten Aspekte der vergangenen und gegenwärtigen Geschichte des Patienten für die Diagnose und Therapie psychiatrischer Störungen von Bedeutung sind. Trotz weitverbreiteter Anwendung durch Kliniker und Forscher war die Anamnese kaum Gegenstand von Untersuchungen hinsichtlich ihrer

Reliabilität und Validität. Die dazu veröffentlichten Arbeiten haben das Vertrauen in die traditionelle Anamneseerhebung nicht gestärkt."

(Im Folgenden sind die in Punkt 3.1. - 3.35. besprochenen Daten in 12 Tabellen aufgeführt. Wie schon erwähnt sind nicht sämtliche gerechneten Daten aufgeführt. Soweit die Gesamtzahl von 167 Patienten nicht erreicht wird, lagen keine Angaben vor.)

Geschlechts-
verteilung Lebensalter Aufnahme wurde
veranlaßt durch ...

TABELLE 1

n =	78	89	44	68	35	20	25	35	48	25	37
FRAUEN (n=78)	78	-	14	34	19	11	14	17	18	18	12
MÄNNER (n=89)	-	89	30	34	16	9	11	18	30	7	25
ALKOHO- LISMUS (n=41)	9	32	6	19	9	7	6	9	10	5	14
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	21	13	7	11	10	6	5	4	11	7	7
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	16	13	9	15	3	2	5	12	7	2	5
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	3	8	3	6	1	1	2	1	4	2	2
SUCHT (n=13)	4	9	8	5	-	-	-	2	3	2	4
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	10	2	1	5	4	2	4	2	2	3	3
MANIE (n=10)	9	1	3	2	4	1	2	2	3	3	1
ANDERE (n=17)	6	11	7	5	4	1	1	3	8	1	1

TABELLE 2

Aufnahme	Rechtsmittel (exklusive 'verwahrt')		Familienstand			Kinder				
	freiwillig	verwahrt	ledig	verheiratet	getrennt	geschieden	verwitwet	vorhanden	keine	
n =	72	23	61	73	52	5	31	2	87	77
FRAUEN (n=78)	32	13	27	23	30	1	20	2	50	27
MÄNNER (n=89)	40	10	34	50	22	4	11	-	37	50
ALKOHO- LISMUS (n=41)	23	2	14	14	14	3	9	-	24	17
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	15	2	16	18	4	-	12	-	12	19
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	14	5	7	8	15	2	3	1	22	7
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	2	2	6	9	1	-	1	-	4	7
SUCHT (n=13)	7	2	4	10	1	-	2	-	3	10
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	4	5	2	-	9	-	3	-	11	1
MANIE (n=10)	1	4	5	3	4	1	-	1	5	5
ANDERE (n=17)	6	1	7	11	4	-	1	-	6	11

TABELLE 3

n =	7	47	22	3	1	9	57	31	25	4 Pers.	6 Pers.
FRAUEN (n=78)	7	25	11	1	1	6	20	21	11	19	2
MÄNNER (n=89)	-	22	11	2	-	3	37	10	14	16	5
ALKOHO- LISMUS (n=41)	1	13	9	1	-	2	17	10	5	6	1
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	2	7	2	1	1	2	19	8	3	1	2
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	1	13	3	1	-	3	6	2	9	10	1
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	1	1	-	-	-	1	4	4	1	1	1
SUCHT (n=13)	2	-	1	-	-	-	3	3	3	1	1
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	1	8	3	-	-	-	1	3	3	5	-
MANIE (n=10)	-	2	1	-	-	1	3	3	-	3	1
ANDERE (n=17)	-	3	3	-	-	-	4	1	1	6	1

TABELLE 4

	Konfession		Schulbildung			Berufsausbildung			abgebr.	abgeschl.
	kathol.	protest.	Volksch.	höh. Sch.	abgeschl.	abgebr.	keine	Lehre	Fachsch.	abgeschl.
n =	101	41	105	45	142	21	33	94	20	104
FRAUEN (n=78)	52	15	48	23	64	11	22	34	14	46
MÄNNER (n=89)	49	26	57	22	78	10	11	60	6	58
ALKOHOL- LISMUS (n=41)	29	10	27	10	34	6	8	25	4	29
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	19	5	23	8	26	6	10	16	3	17
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	17	8	20	8	26	2	5	15	4	20
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	6	5	6	5	9	2	2	8	1	8
SUCHT (n=13)	6	4	6	5	11	2	2	8	1	5
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	10	2	9	2	11	1	4	6	2	8
MANIE (n=10)	5	2	6	3	9	1	1	6	2	8
ANDERE (n=17)	9	5	8	4	16	1	1	10	3	9
										5

abgebr.

abgeschl.

Fachsch.

Lehre

keine

abgebr.

abgeschl.

höh. Sch.

Volksch.

protest.

kathol.

Konfession

Schulbildung

Berufsausbildung

Berufliche Stellung

TABELLE 5

n =	keine	unselbst. untere	unselbst. mittlere	Hausfrau mit Beruf	Hausfrau ohne Beruf	nie	sporadisch	zeitweilig	stünd. bis weniger als vor 1 Monat	stünd. bis länger als vor 1 Monat
FRAUEN (n=78)	52	60	18	18	18	11	7	33	75	38
MÄNNER (n=89)	31	22	5	18	18	10	6	16	25	19
	21	38	13	-	-	1	1	17	50	19
ALKOHO- LISMUS (n=41)	6	18	6	4	-	-	1	9	27	4
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	16	11	1	1	2	2	1	14	9	7
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	7	11	3	3	7	3	4	-	13	8
PERSÖNLICH- KEITSSTÖRUNGEN (n=11)	5	3	-	-	-	-	-	2	4	5
SUCHT (n=13)	4	6	1	1	-	1	-	5	4	3
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	4	5	1	4	6	2	-	1	5	4
MANIE (n=10)	3	2	2	3	2	1	1	-	4	4
ANDERE (n=17)	7	4	4	2	1	2	-	2	9	3

Engste Bindung an Eltern

Alter bei Tod
des Vaters

der Mutter

Trennung
der Eltern

unehelich

TABELLE 6

	keinen	Vater	Mutter	beide	andere	bis 10 J.	11.-15. J.	bis 10 J.	11.-15. J.	Trennung der Eltern	unehelich
n =	24	22	44	35	15	43	8	18	7	33	15
FRAUEN (n=78)	12	15	18	17	2	22	3	5	4	15	5
MÄNNER (n=89)	12	7	26	18	13	21	5	13	3	18	10
ALKOHO- LISMUS (n=41)	4	3	9	12	5	7	3	9	-	9	5
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	6	7	9	5	-	10	2	1	2	8	3
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	4	2	8	6	1	13	1	3	1	7	3
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	2	2	3	-	4	4	1	2	-	2	1
SUCHT (n=13)	4	1	4	2	1	3	1	1	-	2	-
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	-	1	3	5	2	-	-	-	1	1	1
MANIE (n=10)	-	4	3	2	-	2	-	-	1	2	1
ANDERE (n=17)	4	2	5	3	2	4	-	2	2	2	1

Heimaufenthalt
über
1 Jahr

Pflege-/
Stiefkind

nach Tod
beider Elt.
bis 10. J.
nach Tod
des Vaters
bis 10. J.

Globale Störung der Familiensituation
in der Kindheit

TABELLE 7

n =	33	25	4	7	28	31	leicht	mittel	schwer	Psych. Auf- fälligkeit in Verwandt- schaft
FRAUEN (n=78)	14	12	3	5	15	14	2	17	24	31
MÄNNER (n=89)	19	13	1	2	13	17	6	17	29	42
ALKOHO- LISMUS (n=41)	11	5	-	-	10	6	1	7	12	19
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	5	7	-	2	3	7	3	7	10	16
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	7	6	3	3	5	7	2	5	9	9
PERSÖNLICH- KEITSSTÖRUNGEN (n=11)	2	1	-	-	-	2	-	3	6	7
SUCHT (n=13)	4	2	-	2	2	4	1	3	3	4
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	1	-	-	-	3	2	-	2	4	6
MANIE (n=10)	2	1	-	-	1	2	1	3	3	7
ANDERE (n=17)	1	3	1	-	4	1	-	4	6	5

TABELLE 8

TABELLE 8												
	Zwilling	Halbge- schwister	Einzel- Kind	Anzahl der Geschwister (incl. Halbgeschwister)			Stellung in der Geschwister- reihe			Stellung in der Geschwister- reihe		
	5	32	32	eins	zwei	drei	vier und mehr	Erstge- borene	an 2. Stelle	an 3. Stelle	an 4. Stelle oder darüber	
n =				43	33	22	35	40	50	18	17	
FRAUEN (n=78)	2	17	13	19	16	12	17	15	25	13	7	
MÄNNER (n=89)	3	15	19	24	17	10	18	25	25	5	10	
ALKOHO- LISMUS (n=41)	1	9	6	12	8	5	9	14	12	4	3	
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	-	8	7	6	8	7	6	8	10	4	4	
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	1	7	6	8	3	4	7	4	8	3	5	
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	2	1	1	5	3	-	2	4	3	-	2	
SUCHT (n=13)	1	3	3	3	5	2	-	4	3	2	-	
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	-	-	2	4	1	1	4	2	5	1	1	
MANIE (n=10)	-	4	-	4	1	1	4	-	3	3	1	
ANDERE (n=17)	-	-	7	1	4	2	3	7	6	1	1	

Frühere psychische Störungen

Anzahl der Manifestationen

TABELLE 9

n =	Keine	vor dem 15. J.	nach dem 15. J.	keine	eine	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 und mehr	unsicher, aber mehrere	unsicher, aber min- destens 10
FRAUEN (n=78)	11	5	53	13	9	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MÄNNER (n=89)	16	5	57	15	4	8	-	2	4	-	4	2	2	4	2	14	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
ALKOHO- LISMUS (n=41)	10	-	20	9	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	3	2	30	3	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	6	3	16	9	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERSÖNLICH- KEITSSTÖRUNGEN (n=11)	-	2	10	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUCHT (n=13)	-	-	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	3	1	8	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANIE (n=10)	1	1	8	1	-	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ANDERE (n=17)	4	1	8	5	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Zahl der stationären Aufnahmen

Aktuelle Belastung

TABELLE 10

	keine	eine	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 und mehr	unsicher, mind. 10	Erster- krankung	somatisch	Psychisch
n =	57	32	38	11	9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
FRAUEN (n=78)	26	14	21	6	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
MÄNNER (n=89)	31	18	17	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ALKOHO- LISMUS (n=41)	13	10	7	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	8	7	10	6	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	16	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	5	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
SUCHT (n=13)	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
MANIE (n=10)	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ANDERE (n=17)	7	1	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Alter bei Erstmanifestation

Dauer der Erkrankung

TABELLE 11

	Alter bei Erstmanifestation						Dauer der Erkrankung						11 J. und länger
	19	20	21	22	23	24	unter 1 Jahr	1	2	3	4	5	
n =	25	47	52	21	9	58	28	17	15	7	10	29	
FRAUEN													
(n=78)	7	19	31	10	6	29	13	9	7	7	11	11	
MÄNNER													
(n=89)	18	18	21	11	3	29	15	8	8	8	18	18	
ALKOHO-													
LISMUS	4	11	11	7	4	10	9	1	5	9	9	9	
(n=41)													
SCHIZO-													
PHRENIE	3	12	10	4	3	9	4	7	3	8	8	8	
(n=34)													
DEPRESSIVE													
NEUROSEN	5	7	13	1	1	16	4	1	1	2	2	2	
(n=29)													
PERSÖNLICH-													
KEITSTÖRUNGEN	1	3	3	2	-	4	3	1	-	-	-	-	
(n=11)													
SUCHT													
(n=13)	8	1	4	-	-	1	5	2	3	2	2	2	
ENDOGENE													
DEPRESSION	-	2	7	3	-	7	1	1	1	2	2	2	
(n=12)													
MANIE													
(n=10)	2	3	2	2	-	2	1	3	-	3	3	3	
ANDERE													
(n=17)	2	8	2	2	1	9	1	1	2	3	3	3	

Suizidversuch Suizidversuch Kriminalität
jetzt früher

TABELLE 12

n =	sticher	fraglich	sticher	fraglich	jetzt	früher	chronische körperliche Leiden	Schädeln- traume (jetzt noch Folgen)	Elektroschock- therapie
FRAUEN (n=78)	25	9	25	5	2	11	19	13	13
MÄNNER (n=89)	11	3	15	4	1	1	8	4	10
	14	6	10	1	1	10	11	9	3
ALKOHO- LISMUS (n=41)	2	3	3	-	1	1	2	5	-
SCHIZO- PHRENIE (n=34)	2	-	2	1	-	1	4	-	6
DEPRESSIVE NEUROSEN (n=29)	13	3	8	1	-	1	2	1	1
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNGEN (n=11)	3	1	2	1	-	1	3	1	-
SUCHT (n=13)	-	-	2	-	1	5	5	3	-
ENDOGENE DEPRESSION (n=12)	2	-	3	1	-	-	1	-	2
MANIE (n=10)	-	1	2	-	-	-	-	-	3
ANDERE (n=17)	3	1	3	1	-	2	2	2	1

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Beantwortung der Frage, welche Bedeutung den allgemeinen anamnestischen Angaben in der psychiatrischen Diagnostik beizumessen ist, wurden die Anamnesen von 167 Patienten ausgewertet. Bei diesen Patienten handelt es sich um zufällig ausgewählte konsekutive Aufnahmen des Bezirkskrankenhauses Haar bei München, die 1974 im Rahmen einer Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft über die diagnostischen Gepflogenheiten bayerischer Psychiater untersucht wurden.

Die Ergebnisse der Anamneseerhebung wurden mit Hilfe eines semistandardisierten Dokumentationsbogens festgehalten und nach Übertragung auf die Bögen "Allgemeine Anamnese" (Nr. 1) und "Krankheitsanamnese" (Nr. 2) der 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie' (AMP) gerechnet.

Bei den in die Untersuchung aufgenommenen Diagnosegruppen zeigten sich verschiedene Auffälligkeiten, die Häufigkeitsverteilung einzelner erfragter Merkmale betreffend. So fand sich z.B. eine im Vergleich zur Gesamtpatientengruppe hohe Anzahl von Patienten, die als Kinder länger als 1 Jahr in Heimen zugebracht haben, bei den schizophrenen Patienten sowie bei den Patienten, die als 'depressiv neurotisch' diagnostiziert worden waren. In letzterer Gruppe war zudem häufig die Kombination eines Heimaufenthaltes mit dem Tod eines Elternteils oder bei der Eltern zu verzeichnen. Diese und andere Ergebnisse werden im Einzelnen beschrieben und diskutiert (und in Tabellen dokumentiert).

Um eine kritische Wertung solchen Datenmaterials vornehmen zu können, sind einige methodische Probleme zu beachten. Ausgehend von Forschungsarbeiten zur Reliabilität und Validität der diagnostischen Zuordnung in der Psychiatrie wird die Problematik der 'Allgemeinen Anamnese' entwickelt. Es ergibt sich - nicht nur theoretisch abzuleiten, sondern auch praktisch nachweisbar -, daß sich die Zuverlässigkeit (Reliabilität), Gültigkeit (Validität) und Nützlichkeit ('utility') der bei der Erhebung der allgemeinen Anamnese erfragten Daten als gering erweist.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 "Das AMP-System" - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde,
Hrsg. 'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP)', Berlin, Heidelberg, New York 1971.
- 2 ANGST, J., "Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen",
Berlin, Heidelberg, New York 1966.
- 3 ARGELANDER, H., "Das Erstinterview in der Psychotherapie",
Darmstadt 1970.
- 4 BABIGIAN, H.M., GARDNER, E.A., MILES, H.C., ROMANO, J.
"Diagnostic consistency and change in a follow - up study of 1 215 patients",
Am. J. of Psych., 1965, 121, 895-901.
- 5 BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, "Einweisung von Patienten in Nervenkrankenhäuser",
10/76, 927
- 6 BECK, A.T. "Reliability of psychiatric diagnoses - a critique of systematic studies",
Am. J. of Psych., 1962, 119, 210-216.
- 7 BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J.E., ERBAUCH, J.K., "Reliability of psychiatric diagnosis - a study of consistency of clinical judgements and ratings",
Am. J. of Psych. 1962, 119, 351-357.
- 8 BOSCH, G., "Zwangseinweisungen psychisch Kranker" - Ergebnisse einer empirischen Motivanalyse,
in: 'Sozialpsychiatrische Informationen', Nr. 20/21, 70-83, Hannover 1974.
- 9 BOWLBY, J., "Trennung"
München 1976 (Engl. Orig. Ausg.: London 1973).
- 10 BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., "Social precipitants of severe psychiatric disorders", in:
HARE, E.H., WING, J.K.(eds.), 'Psychiatric epidemiology', London, New York, Toronto, Oxford University Press 1970.

- 11 COOPER, J.E., "Diagnostic change in a longitudinal study of psychiatric patients", Brit. J. of Psychiatry, 113, 129-142, 1967.
- 12 COOPER, J.E., KENDELL, R.E., GURLAND, B.J., SHARPE, L., COPELAND, J.R., SIMON, R., "Psychiatric diagnosis in New York and London", Maudsley Monograph Nr. 20, London 1972.
- 13 V.CRANACH, M., STRAUSS, A., "Die internationale Vergleichbarkeit psychiatrischer Diagnostik"(1977), Veröffentlichung in Vorbereitung.
- 14 "DIAGNOSENSCHLÜSSEL UND GLOSSAR PSYCHIATRISCHER KRANKHEITEN", Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO: ICD (ICD = International Classification of Diseases), 8. Revision, und des internationalen Glossars, Berlin, Heidelberg, New York 1971.
- 15 DIEBOLD, K., ARNOLD, E., PFAFF, W., "Statistische Untersuchungen nosologischer Parameter (Geschlechtsverteilung, Diagnostik, Ersterkrankungsalter) bei 120 endogenen psychotischen Elter-Kind- und Geschwister-Paaren", Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 45, 1-19, 1977.
- 16 DIEBOLD, K., ENGEL, T., "Symptomatik, Syndromatik und Ersterkrankungsalter endogen depressiver und schizophrener Psychosen in Abhängigkeit von der Unter- bzw. Hauptdiagnose und dem Geschlecht", Nervenarzt, 48, 130-138, 1977.
- 17 DILLING, H., V.ZERSSEN, D., in: "Materialsammlung zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD, IV" Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 17, 246-309, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1974.
- 18 DÖRNER, K., "Interview und Exploration", Nervenarzt, 37, 18-25, 1966.
- 19 DOHRENWEND, B.S., DOHRENWEND, B.P., "Social class and the relation of remote to recent stressors", in: ROFF, M., ROBINS, L.N., POLLACK, M. (eds.), 'Life history research in Psychopathology', Volume 2, University of Minnesota Press, Minneapolis 1972.

III

- 20 EASTWOOD, M.R., ROSS, H.E., "The reliability of the psychiatric anamnesis",
Brit. J. Psychiat., 124, 357-358, 1974.
- 21 "MATERIALSAMMLUNG ZUR ENQUETE ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BRD", III und IV,
Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 16 und 17, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1974.
- 22 "MATERIALSAMMLUNG ZUR ENQUETE ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BRD", II,
Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 10, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1973.
- 23 ERNST, K., Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 93, 1964, zit. nach: DÖRNER (1966).
- 24 FEUERLEIN, W., "Soziologische Aspekte des chronischen Alkoholismus", in:
'Monatskurse für die ärztliche Fortbildung', 27, 187-196, 1977.
- 25 GREGORY, I., "Retrospective data concerning childhood loss of a parent",
Arch. gen. Psychiat., 15, 362-367, 1966.
- 26 HÄFNER, H., "Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie",
Nervenarzt, 42, 557-568, 1971.
- 27 HENKEL, D., ROER, D., "Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD", in: 'Argument', Sonderband Nr. 12, Karlsruhe 1976.
- 28 HIPPIUS, H., HELMCHEN, H., et al., "Das Dokumentationsystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP)",
Arzneimittel-Forsch. (Drug Res.), 19, 399-405, 1969.
- 29 JAKOB, H., "Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration", in:
'Randzonen menschlichen Verhaltens', Stuttgart, Ferdinand Enke, 1962, zit. nach: DÖRNER (1966).
- 30 JAKUBASCHK, J., WERNER, J., "Die Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen bei einer Wiederholungsuntersuchung",
Nervenarzt, 45, 305-311, 1974.

- 31 KENDELL, R.E., EVERITT, B., COOPER, J.E., SARTORIUS, N., DAVID, M.E., "The reliability of the 'Present State Examination'",
Social Psychiatry, 3, 123-129, 1968.
- 32 KENDELL, R.E., "Psychiatric diagnoses: a study of how they are made",
Brit. J. Psychiat., 122, 437-445, 1973.
- 33 KREITMAN, N., "The reliability of psychiatric diagnosis",
J. mental Sc., 107, 876-886, 1961.
- 34 KREITMAN, N., SAINSBURY, P., MORRISSEY, J., TOWERS, J., SCRIVENER, J., "The reliability of psychiatric assessment: an analysis",
J. mental Sc., 107, 887-908, 1961.
- 35 LICKINT, K., "Der Empfang des Patienten und das Erst-interview in der psychiatrischen Klinik",
Nervenarzt, 39, 451-456, 1968.
- 36 LINDINGER, H., "Problem der Unrichtigkeiten in der psychiatrischen Außenanamnese",
Nervenarzt 46, 1975.
- 37 MAYER - GROSS, SLATER and ROTH, "Clinical Psychiatry",
London 1969 (3rd Ed.).
- 38 MENTZOS, S., PITTRICH, W., "Über die Zuverlässigkeit psychiatrisch - psychologischer Anamnesen", in:
'Anamnese - Methoden der Erfassung und Auswertung'
HEITE, H.J., (Hrsg.), Stuttgart, New York 1971.
- 39 MORRISSON, J.R., HUDGENS, R.W., BARCCHA, R.G., "Life events and psychiatric illness",
Brit. J. Psychiat., 114, 423-432, 1968.
- 40 NORRIS, V., "Mental illness in London",
London, New York, Toronto 1959.
- 41 ÖDEGARD, Ö., "Marriage and mental disease, a study in social psychopathology",
J. Ment. Sc., 92, 35-59, 1946, zit. nach: NORRIS (1959).
- 42 Ödegard, Ö., "Die Epidemiologie der Psychosen",
Nervenarzt, 42, 569-575, 1971.

- 43 O'DONNEL, J.A., "Lifetime patterns of Narcotic addiction", in: 'Life History Research in Psychopathology', Vol. 2, ROFF, M. et al. (eds.), University of Minnesota Press, Minneapolis 1972.
- 44 REIL, J.C., "Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethoden auf Geisteszerrüttungen", Halle 1803, zit. nach: DÖRNER (1966).
- 45 ROTACH, S., Hicklin, A., "Mitteilung über 'broken-home' - Untersuchungen bei Stellungspflichtigen, Vierteljahresschrift. Schweiz. Sanitätsoffiziere, 42, 125-129, 1965, zit. nach: ANGST (1966).
- 46 SCHARFETTER, CH., "Das AMP-System" s. (1)
- 47 SCHENK, E.G., "Kunstfehler und mangelndes Verständnis bei der Aufnahme der Anamnese", Med. Welt, 2631-2638, 1960.
- 48 SCHMIDT, C.W., TÖLLE, R., "Familienkonstellation von psychisch Kranken - Ergebnisse und Methoden statistischer Untersuchungen der Familiengröße, Geburtenfolge und Geschwisterposition", Fortschr.Neurol.Psychiat., 45, 20-52, 1977.
- 49 SCHULZ, CH., "Die stationäre psychiatrische Versorgung vom Standpunkt des Psychiaters an einem Nervenkrankenhaus", in: Band 22 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, 45-67 (keine Jahresangabe).
- 50 SILVERMAN, J., BERG, P.S., KANTOR, R., "Some perceptual correlates of institutionalisation", J. Nerv. Ment. Dis., 141, 651-657, 1966.
- 51 "STATISTISCHES JAHRBUCH FÜR BAYERN 1972", Hrsg. Bayer. Statistisches Landesamt, München 1972.
- 52 "STATISTISCHES JAHRBUCH 1975 FÜR DIE BRD", Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, Mainz 1975.
- 53 SUCHENWIRTH, R., "Probleme der Anamnese - die Erforschung der Vorgeschichte des Kranken als geisteswissenschaftlicher Beitrag zur Medizin", Nervenarzt, 34, 381-384, 1963.

- 54 WARD, C.H. et al. identisch mit (7) BECK (1962)
- 55 WEINSTEIN, R.M., "Mental patients' perception of illness etiology",
Am. J. Psychiat., 131, 798-802, 1974.
- 56 WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N., "Description and classification of psychiatric symptoms",
Cambridge University Press, Cambridge 1974.
- 57 ZARLOCK, S.P., "Social expectations, language and schizophrenia",
J. of Humanistic Psychology, 6, 68-74, 1966, zit.
nach: MEDNICK, S.A., SCHULSINGER, F., in :
'Life History Research in Psychopathology, Vol. 1,
University of Minnesota Press, Minneapolis 1970.
- 58 V.ZERSSEN, D., DILLING, H., "Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns vom Standpunkt der Planung", in:
Bd. 22 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, 26-44, München (keine Jahresangabe).

Ich danke Herrn Prof. Hippius für die
Überlassung des Themas
und Herrn OA v. Cranach für die Betreuung.

LEBENS LAUF

Am 28. August 1946 wurde ich in Bad Marienberg/Ww. als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Herbert Ebell und seiner Ehefrau Elisabeth Ebell, geb. Tholus, geboren.

Von 1953 bis 1957 besuchte ich die Volksschule in Kirburg. Nach zwei anschließenden Jahren Realschule in Bad Marienberg wechselte ich über in das neusprachliche Gymnasium 'Melanchthon-Schule' in Steinatal, Kreis Ziegenhain, mit angeschlossenem Internat. Dort legte ich, nach einem Jahr als Austauschschüler in den USA, im Frühjahr 1966 mein Abitur ab.

Im Sommersemester 1966 erhielt ich einen Studienplatz für Medizin in Heidelberg, wo ich Vorphysikum und Physikum absolvierte, um dann im Wintersemester 1968/69 an das Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München überzuwechseln. Hier bestand ich im Sommersemester 1972 mein Staatsexamen.

Nach vorgeschriebener Medizinalassistentenzeit und den Vorarbeiten für diese Dissertation erhielt ich im Dezember 1974 meine Bestallung als Arzt. Es folgten 15 Monate Dienst bei der Bundeswehr bis zum Frühjahr 1976. Seit dem 1. August 1976 arbeite ich als Anästhesist in der Kinderchirurgischen Abteilung der Universitätskinderklinik.

Am 30.5.73 heiratete ich. Meiner Frau Ursula, geb. Kress, und mir wurde am 2.2.74 eine Tochter geschenkt. Am 23.7. 1976 folgte unserer Anna unser Sohn Erik.

